الفصل الثامن

علاج المخاوف والقلق

Fears and anxiety Treatment

S. J. E. Lindsay س . ج . ل ليندساى

الفصل الثامن

عـــلاج المخـــاوف والقـــلق

س . ج . ل ليندساى Lindsay

مقـــدمة :

كانت أساليب العلاج التى حققت أول أكبر تأثير ناجح للمخاوف هى أساليب العلاج السلوكى التى طورت فى الستينيات والسبعينيات ، وقد اختبرت اولاً على المخاوف البسيطة ، ثم امتدت بعدئذ إلى مخافة الأماكن المفتوحة . وقد شهدت الثمانينيات تطور العلاج ، وعلى وجه الخصوص أساليب العلاج المعرفية للمخاوف الأكثر تعقيداً ، وبالأخص المخاوف الاجتماعية والقلق العام ، واضطرابات الهلع والمخاوف البسيطة المقاومة لأساليب العلاج السلوكية .

ويوجد بين طرق العلاج السلوكية تباين واسع فى الأساليب ، وقد قدم ماركس Marks (1981) قائمة بأكثر من أربعين أسلوبًا منذ ذلك التاريخ ، حتى عام ٨٧ Marks (1987) . والتى كان المبدأ الأكثر بروزاً للعلاج الناجح فيها ، هو المسمى تعرض (١) العميل للتهديد الذى يسبب له الخوف . وقد شدد بعض المؤلفين على ضرورة التعرض دون كرب (Gelder , 1975) ، بينما طالب البعض الآخر أن يهدف العلاج لتشجيع المفحوص على الاعتقاد بإنه يستطيع التعامل مع التهديد ، موطداً لمنحى سلوكى للفعالية الذاتية(٢) (Bandura , 1977) . وأكد البعض الآخر على أن أساليب العلاج تكون فعالة طبقاً للمدى ، الذى تخفض به المكونات المعرفية غير المشجعه ، (Goldfried , 1979) ، أو أن تدحض النتائج الأكثر سوءاً والتى يتوقع العميل حدوثها فى أكثر مخاوفة شده . ويمكن القيام بالعلاج السلوكى للمخاوف فى تخيلات المريض أو فى الواقع الحى (٣) . وقد يتضمن العلاج التقديم المتدرج لأكثر الخبرات المهددة (التعرض التدريجى) (٤) ، أو تقديمه فى مستهل موقف العلاج مع القليل من الاعداد (إغراق) (٥) . وقد يحدث التعرض بطريقة غير مباشرة ، وذلك عندما يشاهد العميل عرضاً لمفحوص آخر يجتاز التعرض (النمذجة) (٦) .

ويمكن أن يتم العلاج من هذا النوع من خلال الممارسة ، وتشجيع عدد من المهارات ، مثل الاسترخاء التطبيقى أو التدريجى (٧) . (Ost , 1987 , Bernstein and Borkovec , 1973) .

(1) Exposure.
(2) Self-efficacy.
(3) In vivo
(4) Graded exposure
(5) Flooding
(6) Modelling
(7) Applied or progressive relaxation .

ويمكن أن يجرى التعرض للمواقف المهدده بعد الأنشطة المخفضة للقلق ., Johnson et al) 1982; Wolpe , 1981) ، مثل : الضحك ، الإرهاق والأكل ، وتناول المهدئات المؤدية للتوازن (١) , Zitrin) 1981. وقد استخدمت بالمثل أساليب تدعيم سلوك التعامل والتعرض مقترنة بعائد (٢) للنجاح O , Brien) 1981 ; Leitenberg et al., 1969) , . ومهما كان الأسلوب الناجح لعلاج الخوف والسيطرة عليه .. فإن هناك كثيراً من الجدل ، الذى مازال دائراً حول ما الذى يسهم فى إحداث النجاح , Foa and Kozek) 1986 ; Marks , 1987 ; Brewin, 1988) ومع ذلك فالتراث العلمى حول الموضوع من السعة بالقدر الذى يجعل تقييم هذه القضايا يتجاوز منظور المراجعة الحالية ، وهو متاح فى مواضع أخرى (OP . cit) .

العلاج السلوكي للمخاوف : قضايا عامة

لخصت مكونات العلاج الناجح للمخاوف فى جدول (٢ - ٨) والخطوات الأولى فى العلاج كالآتى:

بعد مناقشة العملاء فى صياغة صعوباتهم ، غالبا ما سيكون من الأمور الجوهرية تقديم شرح لطبيعة الخوف والقلق : أعراض القلق ، ومؤشرات تأثيراته ، والعوامل المعرفية التى تستثير الخوف وأعراضه ، وغالبًا ما ستكون الخطوة التالية هى سحب المواد المسببه للقلق (٣) ، مثل : الكفايين (٤) والبنزو ديازبينات (٥) والكحول (انظر الفصل السابع) .

وعلى الرغم من ذلك فلا توجد دلائل واضحة على أن التعاطى المستمر للبنزوديازبينات يعوق أو ييسر العلاج النفسى ، وعلى وجه الخصوص فى حالة الجرعات التى يوصى بأستخدامها للقضاء على القلق (Wardle et al., , 1993) وحتى التسكين بالبريفيتال (الميثو - هيكستون صوديوم) (٦) لم يثبت أنه له ميزه واضحة أثناء العلاج السلوكى (Chambless et al., 1980) ، وعلى الرغم من ذلك فهناك إمكانية أن يؤدى خفض استهلاك البنزوديازبينات وحدها إلى خفض القلق , Petursson and Lader) 1984) ويساعد فى ذلك أن توفر للمريض المعلومات عن أعراض الانسحاب ، والتى يقدمها طبيب المريض، أو التى يمكن الاطلاع عليها فى الكتب (مثال ذلك Lacey and Wood Ward , 1985) أو التى توفرها مجموعات الدعم المتبادل من المرضى الذين اجتازوا مرحلة الانسحاب (Cormack et al., 1989) ، أو بتحكم الأخصائى النفسى فى القلق والسيطرة عليه (Fraser et al., 1990) ومع ذلك فلا يوجد دليل واضح لصالح أى من هذه الإجراءات .

ويبدو أن هناك القليل من الدراسات التى اختبرت تأثير التعاطى المستمر للبنزوديازبينات بعد العلاج السلوكى الناجح . وبالتالى فليس من الواضح إذا كان الاعتماد المقاوم يمكن أن يساعد على الانتكاس ام لا . ومع ذلك فاتساقًا مع الجدل الدائر الموضح فى موضع آخر من هذا الفصل ، يبدو أن الخوف كان يعمل بشكل غير مناسب فى الحالات ، التى مازال المريض يستخدم فيه البنزوديازبينات ، يضاف إلى ذلك أن هناك مخاطر تتمثل فى أن يعزو المريض العلاج النفسى الناجح الى البنزوديازبينات ، وبالتالى يتدعم استمرار تعاطيها ، بما لا يشجع ممارسة المهارات النفسية المكتسبة فى العلاج . وهناك

(1) Tranquilliser-induced equanimty
(2) Feedback
(3) Anxlogenic Substances
(4) Caffeine
(5) Benzodiazepines
(6) Metho-hexitone Sodium

أيضاً عدد من الآثار الجانبية المرتبطة بإدمان البنزوديازبينات ، من بينها : الأكتئاب وأعراض مشابهة لتلك الموجودة فى الأنفلونزا (Petursson and Lader , 1984) ، وبالتالى يتعين النصح بتجنب الاعتماد عليها منذ البداية كجزء من العلاج . ولسوء الحظ .. فإن ذلك لا يكون مقبولاً فى بعض الأحيان . فكرب الانسحاب والاعتقاد فى فعالية المهدئات كبير للغاية ، ويمكن أن يتدعم هذا الاعتقاد لدى المرضى ؛ نتيجة لزيادة القلق الذى يعانون منه عندما لا يستمر التعاطى ، ونتيجة لعدم قدرتهم على الانتظار إلى ان تخمد هذه الاعراض، يصبحون على اقتناع أنهم فى حاجة للمهدئات لفترة غير محدودة ، وبالتالى يصبح على العلاج النفسى ان يجرى على الرغم من ذلك .

ويثور جدل مماثل حول التعاطى المستمر للكحول والكافيين ، والعقاقير الأخرى من منظور خصائصها السمية ، وتدعيمها للاعتمادية ، بالإضافة إلى الآثار الأخرى الهدامة .

العلاج السلوكى المبكر : التسكين المنظم

الإجراءات : التسكين المنظم (١) ، والتعرض التدريجى التخيلى (٢) كانا العلاج المبكر للغاية الذى يحصل عليه المريض خلال الفحص العلمى (Wolpe , 1958 ; Paul , 1966) ، وهو يتطلب أن يقوم المعالج والعميل بداية بوضع مدرج للمنبهات المهددة (انظر الفصل السابع) . وبعد التدريب على الاسترخاء المتدرج (٣) ، يقوم العميل بتخيل أنه يمر بخبرة أول أكبر تهديد غير ضار منها ، فإذا عانى العميل من أى درجة من القلق فعليه أن ينبه المعالج ، والذى يقوم بدوره بتنبيه العميل للتخلص من تخيله ، وأن يفكر فى منظر محايد ، ثم يبدأ من جديد تدريباً مكثفًا على الاسترخاء لحوالى دقيقة واحدة . وما أن ينتهى من ذلك حتى يتخيل من جديد المنبه نفسه ، فإذا مضت الخبرة بأدنى درجة من القلق ، فعلى العميل أن ينتقل لتخيل الموقف التالى الأكثر تهديداً ، فإذا عانى العميل كرباً من ذلك ، فعليه أن يوقف تخيل هذا البند وممارسة المزيد من الاسترخاء ، ثم يعود لتخيل البند السابق أو موقفاً محايداً .

ويستمر هذا الإجراء حتى يتم المرور بخبرة تخيل أكثر المواقف تهديداً بأدنى قدر من عدم الراحة. ويرى بول (1966) Paul ضرورة إكمال هذا الإجراء فى خمس جلسات ، يحرص المعالج على إنهاء كل جلسة منها بنجاح ، بمعنى أن تنتهى الجلسة ببند لا يثير أى درجة من الكرب .

ويكون من الضرورى أحيانا تقديم بنود إضافية للتعامل مع جوانب معينة نسيها المفحوص ، مثال ذلك أن على العميلة أن تتنكر كونها عصبيه للغاية أثناء تسوقها فى مكان مزدحم ، عندما لا يكون صديقها بالقرب منها . وبالتالى يجب تقديم البنود التى تتغير طبيعتها نتيجة لقرب الصديق موضع الثقة .

ويتعين تعزيز تجارب (بروفات) التخيل باستخدام شرئط التسجيل واشرطة الفيديو للمواقف ، ذات الأهمية الخاصة للعميل (مثال ذلك Solyom et al., 1972) .، ولكى يعزز المعالج الانخراط فى التعرض يمكنه أن ينبه العميل أيضاً لوصف جوانب الموقف أثناء مواجهته (Tower and Singer, 1981).

---

(1) Systematic desensitisation
(2) Graded exposure in imagination
(3) Progressive relaxation

تأثيرات على نتائج التسكين

قدم ماركس Marks (1975) مراجعة للأعمال المبكرة فى التعرض ، والتى تم الكثير منها باستخدام التسكين التخيلى المنظم . وقد استخلص أن النتائج تكون إيجابية أكثر إذا استغرق التعرض للبنود الفردية ساعات وليس دقائق ، أو نصف دقيقة بدلاً من ثوان قليلة ، كما أن الجلسات المتكررة (جلستين يوميا مثلاً) ليست أفضل تأثيراً من جلستين خلال أسبوعين . وقد ثار جدل حول ما إذا كان هناك فرق يحدث ، إذا ما كان المعالج أو العميل هو الذى يحدد عدد مرات تقديم البنود المنبهة .

وقد استخلص من الدراسات المتعددة أن الاسترخاء غير مهم ، وقد أوضح عدد من الدراسات أن تحويل انتباه المفحوص بطرق مثل تعليمات المعالج ، أو بتشغيل الموسيقى (Yulis et al., 1975) كان له تأثير بنفس قوة تأثير الاسترخاء، وقد وجد تقرير واحد (Sue , 1972) أنه حتى زيادة التوتر العضلى كان له نفس تأثير الاسترخاء . وقد أورد ماركس (1975) أيضًا بعض الدلائل على أن المرور بخبره مدرج البنود (١) بنظام عكسى (٢) كان فعالا مثل الاجراء التقليدى .

التسكين فى الموقف الحى (٣) ام تخيلا ؟

على الرغم من استخلاص ولبه Wolpe (1958) أن تعميم التسكين يحدث عبر الواقع بسرعة ، إلاأن بعض المؤلفين ذكروا بعض التعميمات غير المرضية (Emmelkamp, 1982 : 45; Leitenberg et al., 1969) ، وبالتالى فليس من الحكمة افتراض أن العمومية ثابتة ، ويتعين النصح باتخاذ الترتيبات لتعرض حى ، حيثما يكون ذلك ممكنًا ، سواء تم ذلك فى صورة واجب منزلى مصاحب للبرنامج الذى يتم فى العيادة ، أو كبرنامج تعرض حى فى إطار البيئة ، التى يكون من المرغوب امتداد التعميم إليها .

وعلى الرغم من ذلك ، فقد يكون هذا الأمر صعباً بالنسبة لبعض المخاوف ، مثل تلك الخاصة بالخوف من ركوب الطائرات ، أو من العواصف الرعدية أو من الإجراءات الطبية ، بل وقد يكون من المستحيل ترتيب أكثر من تعرض واحد لمواقف مستهدفة ، وبالتالى فالتسكين التخيلى ، أو الإجراءات المشابهة قد تفى بالغرض .(Ost , 1978 , Howard et al., 1983) .

التعرض بدون خوف

بينما يمكن اتخاذ الترتيبات لمعايشة خبرة سلسلة من المواقف ، إلا أن التعرض التدريجى فى الحياة الواقعية يمكن أن يتبع نمطًا مشابهًا لذلك الذى يحدث فى التسكين التخيلى ، فيما عدا أنه قد يكون ترتيب التعرض لبنود معينة دون إثارة للقلق أكثر صعوبة . وقد يكون من الممكن تقديم بعض المواد المثيرة لمخاوف نوعية ، مثل تلك المتعلقة بالخوف من الحشرات أو الأدوات الجراحية بطريقة مشابهة لما سبق وصفه ، مثال ذلك أنه يمكن فى المواقف الأكثر بساطة تقديم عنكبوت بالقرب من العميل على مائده ، وسيمارس المفحوص خبرة الاسترخاء أو إعادة تتبع خطوات خبره التعرض السابق إذا تطلب الأمر ذلك . وهناك إجراء آخر مشابه وصفه إيميلكامب (Emmelkamp , 1982 : 282) يصلح حتى فى حالات مخاوف الأماكن المفتوحة ؛ إذ يطلب من العميل ، فى برنامج التحكم الذاتى فى التعرض الذى وصفه ، أن

---

(1) Hierarchy items

(2) Reversal (أي من البنود الأكثر تهديداً للأقل تهديدًا)

(3) In vivo

يستمر فى الموقف الذى يخافه إلى أن يبدأ فى معاناة قلق مفرط ، وعندئذ عليه أن ينسحب ولا يواصل إلى أن يتبدد هذا القلق ، ثم يبدأ هذا الإجراء من جديد على امتداد فترة ، تصل إلى ٩٠ دقيقة .

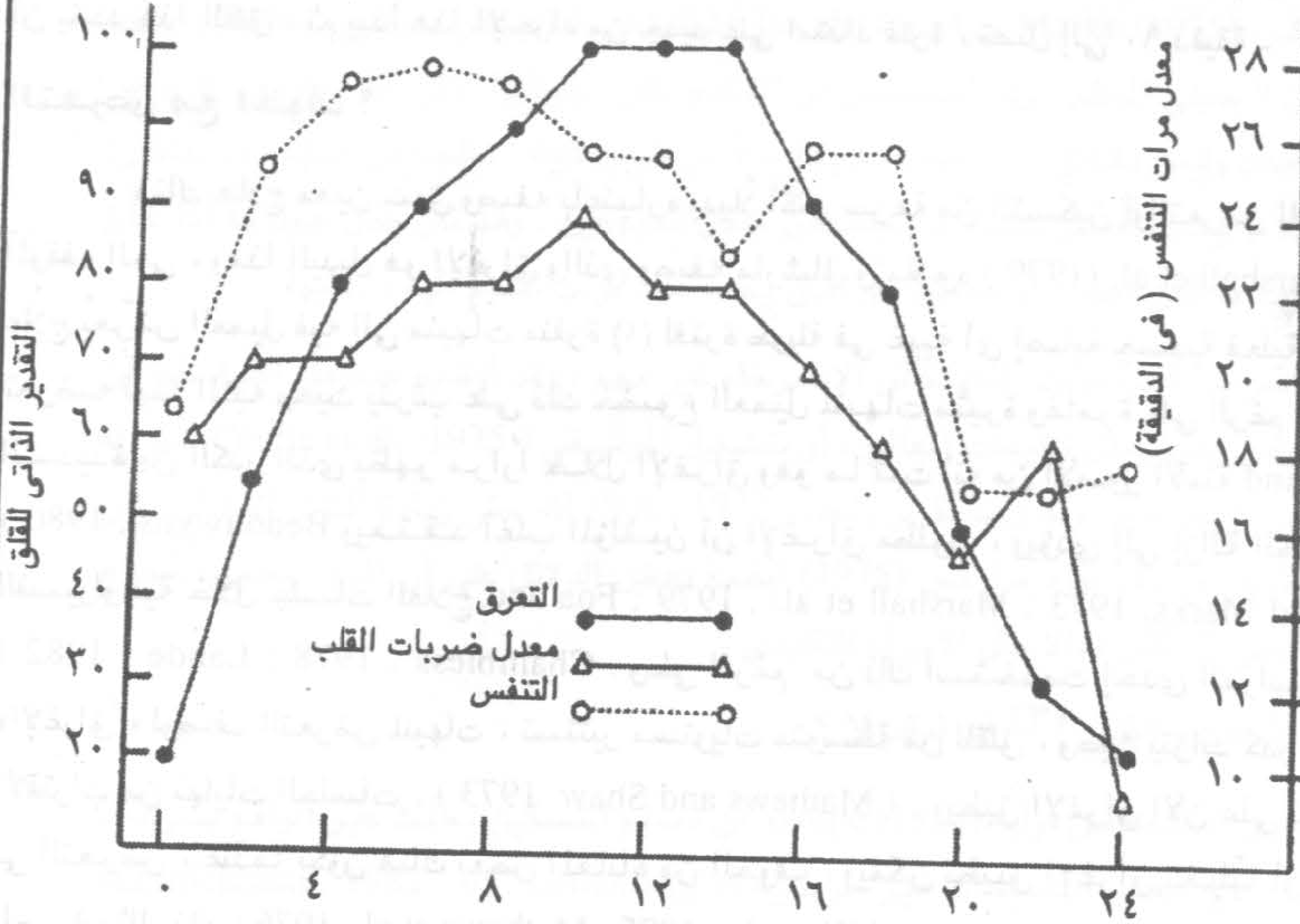
التعرض مع الخوف ؟

هناك علاج معين سبق وصفه باعتباره بديلاً أكثر سرعة من التسكين أوالتعرض التدريجى فى الموقف الحى ، وهذا البديل هو الإغراق والذى وصفه مارشال وزملاءه (Marshall et al. (1979 على أنه علاج يُعرّض العميل فيه إلى منبهات منفرة (١) لفترة طويلة فى غيبة أى إصابة جسدية فعلية تترتب على تعرضه لهذا المنبه وحيث يترتب على ذلك خضوع العميل لمنبهات مثيرة وغامرة على الرغم من الدرجة الشديدة من الكدر الذى يظهر مراراً خلال الإغراق وهو ما ثبت أنه من الأمور الآمنة (Shipley and Bedouwyns , 1980) ويعتقد أغلب المؤلفين أن الإغراق مطلوب ، ويؤدى إلى إزالة الخوف وآثاره الفسيولوجية خلال جلسات العلاج (Stern and Marks, 1973 ; Marshall et al. , 1979 ; Foa and Chambless , 1978 ; Lande , 1982) . وعلى الرغم من ذلك استخدمت إحدى الدراسات تعبير «الإغراق » لوصف التعرض لمنبهات ، تستثير مستويات متوسطة من القلق ، وحيث يتزايد كدر العميل مع الاقتراب من نهايات الجلسات . (Mathews and Shaw 1973) . ويطبق الإغراق الآن على نطاق واسع فى التعرض ، عندما يكون هناك بعض المعاناة من الخوف ، ويمكن تطبيق الإغراق تخيليًا أو فى الواقع الحى (مثال ذلك : Emmelkamp and Wessels , 1975 ; Mathews et al , 1976) . وقد استخلص من هذه الدراســات أن هذه الطريقــة أكثر فعالية Mathews et al., 1981 , Emmelkamp , 1982 , Marshall et al., 1979)

ويعرض شكل (١ – ٨) التغيرات فى مستوى الكدر ، التى يعتقد أنها تحدث ، ويعانيها المفحوص خلال جلسات الإغراق ، وهى مقتبسة عن لاند (Land (1982 والذى حصل على تقديرات للخوف وتسجيلات لمعدل التنفس ومعدل خفقان القلب ، والتى تتزايد جميعها بتخيل العميل أنه موضع نقد المشرف على الجلسة وتنخفض مع استمرار هذه الخبرة لفترة تتجاوز أربعة وعشرين دقيقة . وقد لاحظت فوا وزملاؤها Foa et al. (1980) أن انخفاض الكدر إلى خط الأساس أو الأساس القاعدى يستغرق تسعين دقيقة فى حالة أخرى من الإغراق التخيلى .

---

(1) Aversive Stimuli



شكل (١ – ٨) التغيرات فى الكدر لدى مفحوص خلال جلسة واحدة للإغراق.

المصدر *Lande , Behaviour Research and Therapy 1982 , 20 , 81 - 8*

بتصريح من *Elsevier Science ltd , Kidlington O X 5 IGB , U . K .*

وقد وصف ماثيوز وزملاؤه Mathews et al. (1981) إجراءاً بديلاً للتعرض الحى ، وفى هذا الإجراء يعطى العميل تعليمات بأن يظل فى موقف معين حتى يتبدد القلق (انظر أيضا : Marks , 1981 ; Marshall et al., 1979) ويمكن فى هذه الطريقة استخدام مجموعة كبيرة من المواقف ، وبالتالى يمكن للعميل أن يدخل أحد مراكز التسوق مع صديق له خلال فترة هادئة ويظل فيه إلى ان يصبح أقل إحساساً بعدم الراحة ، وتتضمن المرحلة التالية الذهاب الى مركز التسوق فى وقت أكثر ازدحامًا ، وبالتالى قد لا يتعين بالضرورة انخفاض الخوف إلى أدنى مستوى أثناء الجلسات (انظر الجزء الخاص بالتعرض ومنع الاستجابة ص ٢٠٨) .

وإذا كان التعرض الحى ممكنا عمليًا أو لم يكن مكلفا من حيث استهلاكه لوقت المعالج . فلماذا لاتتضمن كل أساليب العلاج تعرضا فى الموقف الحى ؟ لسوء الحظ قد لا يكون من الممكن أساساً العثور على موقف ، يكون المريض مستعداً لمواجهته فى الواقع . وفى ضوء هذا الاعتبار قد يكون أقل تهديداً للمفحوص أن يجتاز إجراءات تسكين لقائمة متدرجة ، تتراوح فيها البنود بين التعرض للبعض تخيلا الى التعرض للبعض الآخر واقعيًا . ولهذا يتعين بالنسبة لمريض بخواف الأماكن المفتوحة أن تتضمن هذه القائمة المتدرجة تخيل الوقوف خارج الباب الأمامى والسير حتى نهاية الشارع ، وأن تتضمن بعض البنود تدريبا على السير حتى المتاجر القريبة .

وقد يكون من المفيد أيضًا عرض إجراءات التعرض خلال جلسة ، تتم فى العيادة وحيث يجرب العميل التعرض التخيلى فقط ، وبالتالى يتعلم العميل كيفية التحكم فى القلق ، سواء بأسلوب التحكم الذاتى ، أو من خلال السماح للقلق بالتبدد بالطريقة التى سبق وصفها .

ومن الواضح أيضًا أنه ستكون هناك بعض المزايا من حيث التكلفة ، إذا كان التسكين التخيلى فى العيادة له نفس تأثير الإجراء المشابه ، الذى يطبق فى الواقع الحى . ولسوء الحظ أن ليندن Linden (1981) وجيمس وزملاؤه James et al. (1983) ذكروا أنه رغم أن البحوث ساندت تفوق التعرض الحى التدريجى ، مقارنة بالتسكين التخيلى بالنسبة للمخاوف غير الأكلينيكية ، إلا أن هذه النتيجة لم يتم اختبارها بصوة مُرضية بالنسبة للمشكلات الأكثر خطورة . وقد وجد جيمس وزملاؤه (ibid.) فى ست حالات لمرضى خواف الاماكن المفتوحة ، ممن كانوا معاقين بشكل خطير لحوالى ثمانى سنوات فى المتوسط أن التسكين التخيلى كان فعالاً بالقدر نفسه ،الذى كان عليه التعرض الواقعى .

وتتضمن الإجراءات التى تحد من تكلفة العلاج استخدام أسلوب علاج العملاء فى مجموعات (مثال ذلك Hand et al., 1974) . وتطبيق العلاج بواسطة العميل المشارك فى البرنامج فى بيئة العميل نفسه (Mathews et al., 1981) سواء من خلال مشاركة ممرضة معالجة (Ginsberg and Marks , 1981) . أو قيام أقارب المريض بدور المعالج المشارك (Mathews , et al., 1981) أو بالاتصال التليفونى بين العميل والمعالج (Taylor , 1984) وتفيد كتيبات الارشادات [الدليل] فى توفير العلاج ، الذى يشرف عليه المعالج مثال ذلك فى مخاوف الأماكن المفتوحة (Mathews et al., 1981) . وعلى الرغم من ذلك فإن الشواهد على أن الكتيبات المعدة للمساعدة الذاتية مؤثرة بالقدر نفسه ، الذى يوفره المصدر الوحيد للعلاج مازالت متضاربة (Ghosh et al., 1988 ; Holden et al., 1983) .

طـــول الجلســـــات

كـان من أهداف بعض البـحـوث تحـديد الطول الذى يتـعـين أن تكون عليـه جلسـات الإغـراق (Marshall et al., 1979) وغالبًا مـا تكون الجلسات التى تستغرق ما بين ٣٠ إلى ٦٠ دقيقة أفضل (Marks , 1987) ، وكثيرا ما اقترح أن يستمر الإغراق فى كل جلسة إلى أن يشعر المريض بأدنى درجة من القلق (Marshall et al. المصدر نفسه) وذلك من خلال التأكيد اللفظى ، الذى يذكره العميل (Gauthier and Marshall , 1977) وقد لا يكون مثل هذا الأكتمال فى خفض القلق ضروريًا (انظر ما يلى فى هذا الجزء) وقد يكون مناسباً نتيجة لذلك أن يقوم المعالج بالأختيار من مجال واسع من المواقف لكل عميل على حدة البند الأكثر احتمالا أن يؤدى إلى شىء ما ، أقل من أقصى مستوى من الكدر . ويمكن توقع أن يؤدى مثل هذا الإجراء إلى خفض القلق فى هذا الموقف خلال فترة مقبولة ، قد تكون ساعة مثلا .

ولسوء الحظ فإن التغيرات فى الكدر من البنود متوسطة الإثارة للتهديد قد تتبع نمطاً مختلفاً عن ذلك الذى لوحظ بالنسبة للمنبهات الأكثر إثارة للتهديد . وكما لوحظ من قبل فى دراسة ماثيوز وشو (١٩٧٣) كانت المواقف الأقل تهديدا تؤدى إلى زيادة فى القلق خلال الفترة نفسها التى يسجل فيها انخفاض الخوف لأكثر الارجاعات شدة . ولحسن الحظ أدى عرض المنبهات المتوسطه فى هذه الدراسة ، على الرغم من ذلك إلى نتائج إيجابية فى العلاج ،أكثر من تلك الناتجة عن العلاج بالتعرض شديد الكثافة .

معدل جلسات التعرض

قد يكون للمعدل المناسب لجلسات الإغراق أهمية هو الأخر ، على الرغم من أن هذه المشكلة حظيت بقدر أقل بكثير من الأهتمام ، الذى حظيت به مشكلة طول الجلسات (Foa et al., 1980) . ويرى هؤلاء المؤلفون ان معدل الجلسات (وهو يومياً فى دراستهم) ، يوفر عائداً أكبر من معدلات العلاج الأقل تكراراً (مرة فى الأسبوع) . وعلى الرغم من ذلك ، فمن المحتمل أن يكون تشجيع العميل على ممارسة التعرض فى المنزل بين الجلسات له قدر مساوٍ من الأهمية .

وتؤدى ملاحظة فوا وزملائه أيضا (ibid.) إلى ضرورة زيادة تكرار الجلسات عند بداية العلاج، وذلك بالنسبة للعملاء من أصحاب الدرجة العالية من الكدر على وجه الخصوص ، الذين يكونون متشائمين من نتائج العلاج ، وهو أمر صحيح مع أولئك العملاء الذين يقولون ، كما يقول أغلب مرضى خواف الأماكن المفتوحة ، أن تشجيع المعالج هو أهم الجوانب المفيدة فى العلاج (Mathews , 1977) .

التعرض للخوف ومنع الاستجابة

أحياناً ما يكون من الصعب ، وبالأخص عندما يتوقع العميل أن يتكدر بدرجة خطيرة ، كما يحدث فى مواقف الإغراق ، تأكيد ان العميل متنبه تماماً للموقف (Emmelkamp and Van den Hoit , 1983)، وبالتالى فقد يتقدم مريض خوافى من الأماكن المفتوحة خلال برنامج كامل للتعرض ، دون أن يخطو أكثر من قدمين أو ثلاثة إلى الأمام . وقد ينفق كل وقت العلاج متشبثاً بسياج السلم ، أو ملتزما بالسير ملاصقاً للحائط أو المداخل ، وقد يختار متاجر معينة يستهدفها لأنه يوجد بها مخارج متعددة . ومن الممكن أن يظل مثل هذا السلوك إلى ما بعد انتهاء العلاج ، وقد يكون تحسناً مقارنة بما كان عليه الحال من قبل . ومع ذلك فمن الصعب القول بأن العلاج قد اكتمل ، مالم يكن العميل قد تشجع على التعامل دون هذه الأنشطة.

وتشير الدلائل إلى أن التعرض الفعال يتطلب أن يلقى العميل انتباهه إلى المؤشرات ،التى تستثير الخوف ، وقد يكون من المفيد أيضاً تجربة الصور الذهنية والذكريات ، وتقييم المواقف التى أسهمت فى إحداث هذا الخوف (Marks , 1987 ; Foa and Kozak , 1986) . وبالتالى ، وعلى سبيل المثال ، يتعين على مريض خواف الأماكن المفتوحة الذى سبق وصفه فى الفصل السابع ، أن يتذكر ما حدث له عندما كان محتجزاً فى سيارة متوقفة خلال ازدحام مرورى ، ووجد أن عليه أن يترك سيارته فى هذه الظروف ، وأنه كان خائفاً من أن يُشاهد وهو يجرى بعيداً محدثاً للإضطراب . وبالتالى يوصى ، أيضاً ، بعدم مواصلة السلوك الذى سبق استخدامه فى الماضى لتقليص الخوف ، مثل : السعى للحصول على التأكيدات من العائلة والأصدقاء والأطباء .

وسيكون من المفيد ، بموافقة العميل ، مناقشة هذه النقطة مع أولئك الذين سعى العميل للحصول منهم على التأكيدات ، ولأنه دائما ما يكون من الصعب للغاية على الآخرين أن لا يقدموا أحياناً هذه التأكيدات نتيجة لطلب العميل المتكرر ، فسيؤدى الأمر لاعتقاد المريض أن الأصرار هو الطريقة التى يحصل بها على التأكيدات ، ومن غير الواضح إذا ما كان يجب الهرب من متطلبات مواقف البرنامج ام لا. مثال ذلك أن يغادر مريض بخواف الأماكن المفتوحة مركزاً للتسوق ، عندما يصبح قلقه غير محتمل ، فهناك عدد من التقارير لا يظهر منها أن مثل هذا الهرب يعوق نجاح العلاج . ويحتمل أن يكون من الضرورى على العميل العودة لتكرار التدريب (Marks and Emmelkamp , 1982) .

مشكلة الخوف المقاوم والقلق المتغلغل (١)

على الرغم من توفر الكثير من الشواهد على أن التعرض مفيد للغاية ، ويؤثر في إحداث تحسن طويل الأجل في الخوف (e . g . Munby and Johnston , 1980) فإن بعض المرضى لا يحققون شفاءً كاملا (Emmelkamp and Vanden Hout , 1983 ; Jacobson et al., 1988; Michelson and Marchione , 1991) ، ويوصى بالنسبة لهذ المشكلة وللقلق الاوسع انتشاراً أيضاً بتعلم مهارات توافق أكثر توافقية ، ومؤشرات التحكم في الاسترخاء ، وتحكم ذاتي في التسكين ، وتدريب على التعامل مع القلق ، وتطعيم ضد التوتر ، واستخدام تعبيرات خاصة لتحقيق التوافق (Barrios and Shigetoni , 1979) ، واسترخاء تطبيقي (Ost , 1987) ويصبح ذلك مناسباً عندما يكون من الصعب تنظيم تدريب على التعرض ، كما يحدث في حالات الخوف من الحشرات الطائرة ، والعلاج الطبي ، والعواصف الرعدية أو في حالة القلق المتغلغل.

جدول (١-٨) : أجراءات تعزيز التعرض التي تطبق في عدة جلسات

جلسات طويله (أكثر من ٣٠ دقيقة) .

معدل الجلسات (أكثر من مرتين أسبوعيا)

انخراط شامل في الإغراق

اكد حدوث بعض الإثارة ، لكن تجنب الإثارة العالية أثناء التعرض .

حدد واجبات منزلية يتم إنجازها بين الجلسات

أكمل التعرض في جلسة واحدة (Ost , 1989) .

امنع التجنب وامنع السعى للحصول على التاكيد ... الخ .

نظم جلسات إضافية بعد إكمال العلاج

احصل على تقرير ذاتي حول انخفاض الخوف ، والآثار الفسيولوجية ، والتجنب السلوكي .

التدريب على الاسترخاء

يجب أن يكون الاسترخاء أكثر فعالية مما يطبق به حتي الآن مع التسكين المنظم ،إذا ما تم تبني محكات أكثر صرامة ؛ لتحديد حالة الاسترخاء ذاتها ، غير أن نجاح التدريب على الاسترخاء في إحداث خفض للنشاط الفسيولوجي المناسب مازال من غير المؤكد. وبالتالي ففي الحالات التي يؤدي فيها التدريب على الاسترخاء إلى خفض جوهري في المحكات الفسيولوجية والذاتية للتوتر ، خلال جلسات التدريب ذاتها، يكون هناك احتمال أنه فعال بوصفه استراتيجية تعامل مع الخوف ، Greenwood and Benson) 1977) .

ولا يوجد ، لسوء الحظ ، إلا القليل من الدراسات ، التي قامت بفحص تأثير أغلب مهارات التعامل التي سبق الإشارة إليها لدى المرضى الإكلينيكيين . ; Grimm, 1980 ; Barrios and Shigetmi, 1979) Ram et al., 1981) وحيث كان الاسترخاء استثناءاً واضحاً . مع وجود بعض الدراسات حول تأثيره في الحالات الأكلينيكية (Glaister , 1982; Ost , 1987)

(1) Generalised Anxiety القلق المعمم أو المتغلغل

ويتضمن التدريب على الاسترخاء ، الذى يوصى به على نطاق واسع ، ممارسة العميل للتوتر ثم إرخاء مجموعات العضلات المختلفة واحدة بعد الأخرى ، إلى أن يصبح قادرا على الاسترخاء والتركيز على الإحساسات المقابلة مع الحد الأدنى من التعزيز ، الذى يقوم به المعالج . (Bernstein and Borkovec, 1973) ، وقد أكدت مراجعة مهمة على أهمية رد فعل (عائد) المعالج حول جودة استرخاء العميل . وقد تكون تعليمات الاسترخاء المسجلة على شرائط غير ذات فائدة بمفردها (Lehrer , 1982) ، وعلى سبيل المثال فإن العائد البيولوجى (١) لرسام الإمكانية الكهربية للعضلة (EMG) (٢) ، وبعض الأنشطة الفسيولوجية الأخرى لا يتضمنان أية فائدة أكبر من الاسترخاء المتدرج ، وقد وجد فقط انخفاض جوهرى فى العائد البيولوجى على رسام كهرباء العضلة ، فى بعض تقارير القلق (Rice and Blanchard , 1982) ويذكر لوبوييف ولودج (1980) Le Boeuf and Lodge أن لهذه المؤشرات دلالة اكلينيكية ضعيفة . وقد اظهر مرضى القلق الأكلينيكى فى دراستهما انخفاضًا جوهريًا ، حدث بعد ستة عشر جلسة استخدما فيها العائد البيولوجى لرسام العضلة الكهربائى فى التدريب على الاسترخاء ، وذلك فى الدرجات على استبارات سمة القلق (٣) وليس على التقديرات السيكايترية . وعلى أى الاحوال : فإن صدق وثبات هذه التقديرات السيكايترية غير واضح .

التأثيرات المثيرة للكدر فى الاسترخاء التدريجى

يستطيع بعض المفحوصين ، لسوء الحظ ، أن يكونوا قلقين ، وتحدث لهم نوبات هلع خلال الاسترخاء المتدرج ، ربما لأن انتباههم متجه نحو النشاط الجسمى ،الذى اصبحوا قلقين بالفعل منه ،أو لأنهم يشعرون أن الاسترخاء يفقدهم التحكم فى هذه الانشطة ، أو لأنهم يستخدمون الكثير من الجهد وبالتالى يزيد ذلك من استثارتهم ، أو أن الاسترخاء يخفض حدود انطلاق التفكير الانزعاجى لديهم (Heid and Brokovec , 1984) وقد لاحظ لى (Ley (1988 a إمكانية إسهام الإفراط فى التنفس فى إحداث الهلع خلال الاسترخاء ، كما ذكر أن ذلك يمكن أن يستثير أيضا نوبات الهلع الليلى الذى يحدث مع الاسترخاء عند بدء النوم (Ley , 1988 b) وقد اقترح كنوع من العلاج محاولة استخدام أسلوب آخر للاسترخاء مثل التركيز على التخيل بصفة خاصة . وهناك بديل اخر يتمثل فى ممارسة المفحوصين للاسترخاء التدريجى ؛ حتى يصبحوا أقل خوفًا نتيجة للتعرض لمؤشرات إحداث الخوف فى الاسترخاء (Heide and Brokovec , 1984) ويتعين النصح أيضًا بالتأكد من أن المفحوصين يتنفسون بطريقة طبيعية أثناء الاسترخاء ؛ بمعنى أنهم لا يحبسون أنفاسهم أثناء بعض التمرينات ، ثم يخرجونها بإطلاق زفير عميق . ويسهم ذلك فى إحداث إفراط فى التنفس . ويتضمن متوسط التنفس فى المعتاد من ١٤ إلى ١٨ مرة تنفس فى الدقيقة مع حركة المؤشر البيانى (٤)

اعادة التدريب على التنفس

يوصى على نطاق واسع بإعادة التدريب على التنفس ، بهدف استكمال العلاج السلوكى لاضطرابات القلق ، وبالأخص تلك الأضطرابات المرتبطة بنوبات الهلع .Franklin, 1989; Bonn and) Redhead , 1984) ، ولسوء الحظ يوجد عدد من التوصيات المختلفة لإعادة التدريب على التنفس من ذلك:

(1) Biofeedback
(2) Electromyogram
(3) Trait-Anxiety Questionnaires
(4) Diagram

اجعل الشهيق أطول من الزفير ، مع كل مرة من مرات التنفس (مثال ذلك : , Barlow and Carny) 1988 ، اجعل الزفير أطول من الشهيق; Grossman et al., 1985; Cappo and Holmes, 1984) British Medical Journal , 1978) ، خفض عدد مرات التنفس فى الدقيقة ;Grossman et al., 1985) Hibbert and Chan , 1989) ، زد من حركة المؤشر البيانى وبالأخص أثناء الشهيق Barlow and) Cerny , 1988) وقد لا تسهم صعوبات التنفس فى إحداث نوبات الهلع بالطريقة ، التى كانت معتقدة يوما مًا على نطاق واسع (انظر الفصل السابع) ، وبالتالى فليس من المثير للدهشة أن تكون تأثيرات التدريب على التنفس أصبحت ضعيفة ، وقد لا تزيد عن العلاج باستخدام الأدوية الزائفة (١) ,.Garssmen et al) 1992) ، ويمكن أن تؤدى إعادة التدريب على التنفس إلى أعراض الإفراط فى التنفس لدى بعض المرضى Fried , 1987) وسيكون مثيراً للسخرية إذا لم يكن الإفراط فى التنفس قد أسهم فى تعرضهم لنوبات الهلع عندئذ . ويمكن استخدام تمارين تنفس مختلفة للمشكلات المختلفة حسبما يلى ، ويتعين أن يؤكد البحث هذه التوصيات ، وبالاضافة إلى ذلك تتولى تجارب الحالة المفرده (٢) اختبار تأثيرات الإجراءات المختلفة على الاعراض ، مثل : تلك التى يتضمنها «إستبار أعراض الهلع » (٣) (انظر الفصل السابع) مما سيكون مناسبا .

بالنسبة لسرعة النبض : وليكن ٩٥ نبضة فى الدقيقة فى حالة الراحة ، تؤدى إطالة الشهيق (شهيق لمدة ثلاث ثوانٍ ، وزفير لمدة ست ثوانٍ فى كل مرة [Cappo and Holmes , 1984] إلى السماح بحدوث الفعل المنعكس الخاص بإبطاء معدل ضربات القلب ، الذى يعمل فقط أثناء الشهيق (British Medical Journal , 1978) .

صعوبة القيام بتنفس كافٍ : قد تكون مقارنة إطالة الشهيق بالزفير مفيده ، وبالأخص إذا كان الشهيق مصحوبا بارتفاع المؤشر البيانى ، ويمكن ملاحظة هذا الأمر إذا كان المفحوص يجلس منحنياً ويده على النصف الاعلى من بطنه ، ويمكن تفسير تمدد المؤشر البيانى بأنه يرجع فى ٥٠ فى المئة منه إلى مقدار الهواء الذى استنشقته الرئتان (Keele et al., 1982) .

بالنسبة للتنفس السريع القليل وليكن بمعدل ٢٢ مره فى الدقيقة : يتم التنفس مع حركة المخطط البيانى ويجرى إبطاؤه حتى يصل إلى ١٨ مرة تنفس فى الدقيقة ، وهو ما سيكون مناسباً .

التحكم فى القلق

يعتمد التدريب على التحكم فى القلق (Suinn and Richardson , 1971) أساساً على التدريب على الاسترخاء ، ويكمن فى تخيل المفحوص على مدى ساعة كاملة فى كل جلسة لموقف منذر بالقلق ، وتتطلب الجلسة الأخيره أن يتخيل المفحوص مواقف مثيرة للتوتر ، وحيث لا تنتهى الجلسة إلا واسترخاء ، وقد استعاد المفحوص الاسترخاء . وتكمن الفائدة الأساسية من العلاج فى تعلم العميل تحديد مشاعر القلق والتحكم فى نتائج مثيرات التوتر تخيليا ، وما أن يصبح قادراً على استحضار مثل هذه الصورة الذهنية حتى يصبح قادراً على صرفها ، وممارسة الاسترخاء ، وهو نشاط يفترض أنه غير متوافق مع التوتر والقلق .

(1) Placebo
(2) Single Case experiments
(3) Panic Symptoms Questionnaire

الاسترخاء التطبيقى (1)

يتضمن الاسترخاء التطبيقى (Ost , 1987) عديداً من اجراءات الاسترخاء المختلفة ، وهو يتضمن تدريبا على الآتى : (١) لكى تجعل العميل أكثر وعيا بمشاعر القلق (الإحساسات الفيزيقية على وجه الخصوص) يطلب من العميل أن يحتفظ بسجل يومى لخبراته (٢) درب العميل على الاسترخاء التدريجى للتحرر من التوتر (٣) درب العميل على مجرد الاسترخاء (٤) درب العميل على تحديد مؤشرات للتحكم فى الاسترخاء وركز الانتباه على تنفس العميل ، وعلى المعالج استخدام الفاظ « شهيق » ، «استرخى » ، أثناء التدريب (عندما يبدو أنه لا توجد محاولة لتغيير خصائص التنفس). (٥) التدريب على ممارسة الاسترخاء فى المواقف المتباينة ، سواء فى حالة كون العميل جالساً على مقعد بمساند إلى ممارسته أثناء السير (وينخفض الوقت لتحقيق ذلك من تمرين لآخر) (٦) يمارس الاسترخاء السريع فى المواقف العادية الخالية من التوتر ، ويتحقق ذلك بصورة أسرع وأسرع . (٧) يمارس الاسترخاء بعد ذلك تحت ظروف التوتر فى العيادة ، مثلما يحدث تحت ظروف الإفراط فى التنفس الاختيارى . وقد أُستخدم الاسترخاء التطبيقى كبديل للتعرض (ibid) ، على الرغم من أنه من غير الواضح إذا كان من الأمور العملية استبعاد التعرض خلال الاسترخاء التطبيقى .

التطورات المبكرة في العلاجات المعرفية

أورد رام وزملاءه Ram et al. (1981) أثار سرد التعبيرات الذاتية لدى اثنى عشر مريضاً ، ممن عانوا من قلق حاد ونوبات هلع غير متوقعة . وقد تخيل العملاء فى العيادة الخبرة المنذرة التى يتعرضون لها ، وقرأوا بطاقات تتضمن إشارات (٢) من قوائم من العبارات الذاتية ، مثل : « أستطيع التعامل مع هذه المشاعر » أو « هذه المشاعر المرعبة لا تعنى أى شىء مفزع يمكن أن يحدث لى » أو « هذه المشاعر الفظيعة ستنتهى كما جاءت » ، وبهذا يمارس العميل فى الواقع خبرة تلقيه تشجيعا للبحث عن أكبر قدر ممكن من المواقف المنذره ، وبينما لم ينخفض القلق العام بصورة جوهرية إلا أن عدد نوبات الهلع انخفض.

وقد لا تتناظر التعبيرات الذاتية تماما مع المعتقدات أو العناصر المعرفية السلبية التى يتبناها العميل . ويحتمل أن تشترك بعض التطورات الأخرى المبكره فى العلاج المعرفى مثل طريقة المقاصد التى تتضمن مفارقات (٣) . (Michelson et al., 1985 ; Michelson and Marchione , 1991) فى هذه الخاصية . ويؤكد العلاج المعرفى الآن على أنه يتعين الكشف عن انشغالات المفحوص الشخصية ؛ حتى يمكن خفض إسهامها فى القلق ، كما يتضح فى المناقشة التالية حول اضطرابات القلق النوعية .

مطابقة أساليب العلاج لاحتياجات العميل

أشار بعض المؤلفين إلى المزايا الممكنة التى تتحقق من المطابقة الأكثر التصاقاً بمتطلبات العميل والعلاجات المتاحة (Emmelkamp and Foa, 1983 ; Barl and Mavissakalian , 1981; ley , 1992) ويوجد نقص ملحوظ فى الدراسات المنشورة للاعتبارات الخاصة بهذه الإمكانية ، فيما يتعلق بعلاج المخاوف والقلق . وهناك أنواع من العلاج تطبق على كل المفحوصين ، الذين يكشفون عن خوف معين مثل

(1) Applied relaxation
(2) Cue Cards
(3) Paradoxical intention

مخاوف الاماكن المفتوحة دون اعتبارلبقية الخصائص والصعوبات ، التى قد تكون مصاحبة .

وقد ذكر أوست وزملاؤه (Ost et al., 1981; 1982) دراستين ، أعتقد أنهما يحددان ما إذا كان العملاء يكشفون عن اضطرابات فسيولوجية موجوده (فى معدل ضربات القلب) أو كدر نفسى (كما قيمه ملاحظ مستقل) خلال موقف الاختبار السلوكى . وفى كلتا هاتين الدراستين المقتبستين ، كان أحد المريضين يعانى من خواف الأماكن المغلقة (١) (Ost et al., 1981) ، وكان الآخر يعانى من صعوبات اجتماعية (Ost et al., 1982) وقد تحسنت ردود الفعل السلوكية إلى حد كبير على مقاييس القلق عندما عولج العميلان علاجا سلوكيا (تعرض أو تدريب على المهارات الاجتماعية) بقدر أكبر مما حدث عندما كانا يحصلان على تدريب على الاسترخاء وقد أدت المنشطات الفسيولوجية ، أى التدريب على الاسترخاء، التى كان يفترض انها علاجا فسيولوجيا ، إلى نتائج جوهرية أكثر مما تحقق من علاجات لخبرة القلق . وقد تم الحصول على هذه البيانات من خلال مواقف الاختبار السلوكية . وقد أدى كل من العلاجين إلى مزايا جوهرية فى اختبارات الأداء لردود الفعل السلوكية . ولم يكن مثل هذا التحسن ممكنا بالنسبة للارجاع السلوكية . كما أن صعوبة إجراء مثل هذه القياسات بطريقة تتسم بالثبات ، لعلاج محدد سبق الإشارة إليها فى الفصل السابق .

التعامل مع القلق : التحكم فيه والتنبؤ به

بالنسبة لمواقف معينة وهى تلك التى تكون فيها التمرينات الحية من الأمور التى يصعب ترتيبها ، قد تكون المعلومات الدقيقة حول طبيعة الأحداث غير السارة المهدده واحتمال حدوثها من الأمور المفيدة. ويشير ميلر (Miller , 1979; Thompson , 1981) إلى انه إذا قدم فريق الاطباء والمرضين معلومات دقيقة للمرضى ممن هم على وشك التعرض لمعاناة علاج طبى أو جراحى عن الإجراءات ، التى سيتعرضون لها ، فقد يترتب على ذلك أن يعانوا درجة اقل من الكرب ، قبل بدء هذا العلاج وربما أثناءه أيضا .

وإذا تضمنت مثل هذه المعلومات مواد حول التعامل مع الألم ، وكيف يستطيع المريض التحكم فى تقدم العلاج بواسطة مؤشرات معينة ، فيمكن أن يخفض ذلك من شدة الخوف فى طب الأسنان قبل العلاج.(Lindsay and Jackson , 1993) . وقد أوصى دوكوارث وميلر ,Dukworth and Miller) (1993 بتقديم المعلومات الدقيقة فى الإجراءات المتعلقة بالمخاوف من ركوب الطائرات . وعلى الرغم من ذلك فقد وجد جيرودو وراول (Girodo and Roehl (1978 أن التدريب على التقرير الذاتى له التأثير نفسه.

ويحتمل أن تشكل المعلومات حول نوبات الهلع واعراض القلق جانباً مهما فى علاج القلق ، والكثيرون من مرضى نوبات الهلع لديهم اعتقادات فسيولوجية غير صحيحة ، مثال ذلك أن الكثيرين منهم يعتقدون أن الألم فى الجانب الأيسر من الجسم له أهمية جوهرية فى أمراض القلب ، بينما آلام امراض القلب غالبا ما تنتشر متجهه نحو وسط الصدر ، وكثيرًا ما تكون أيضا فى الذراع الأيمن (Beunderman and Duyvis , 1990)

---

(1) Claustrophobia

النمذجة والتدريب على المهارات

استخدمت النمذجة (١) او العرض الذى يقدمه مفحوص آخر تعامل مع موقف مكدر ، بوصفها إجراءً تعرضيا ، ويتعين اعتبارها بديلاً اخر للإغراق ، وأحد الأساليب المختلفة عنه على وجه الخصوص هو النمذجة بالمشاركة (٢) (Bandura , 1977) والذى يتطلب من العميل القيام بالسلوك محاكيًا للطريقة التى يقوم بها المعالج ، وقد استخدم هذا الاسلوب على وجه الخصوص فى علاج السلوك القهرى (Rachman and Hudgson , 1980) ، وحيث كان المعالج يقوم بتقديم نموذج غمر يديه فى مواد ملوثة .

ويمكن فى علاج بعض المخاوف الاكلينيكية الاخرى ، وكذلك فى علاج التجنب إضافة النمذجة لبرنامج تعرض حى . مثال ذلك أن إحدى العميلات كانت تخاف من الاختناق أثناء تناول الطعام ، وكانت لا تستطيع تناول أنواع معينة من الطعام ، كانت تعتقد أن الأكثر احتمالاً أنها ستسد قصبتها الهوائية . ويحتمل أن يكون هذا الخوف قد تفاقم نتيجة لكف انقباض المرئ لديها ، كلما حاولت البلع ، ويكمن العلاج فى تناولها الطعام أولا مع المعالج ولأقل المأكولات إثارة للخوف شهراً بعد شهر ، وحيث يتناول معها المعالج الطعام نفسه ، وتستكمل ذلك بتمرينات مشابهة فى البيت .

ويكون إعداد المريض لعلاج جراحى غير مألوف هدفًا مناسبًا للنمذجة ، وهو الأمر الذى استُخدم على نطاق واسع مع الأطفال (Melamed , 1977) . طالما يمكن أن يؤدى عرض فيلم عن الحصول على عينات دم إلى ميزة قبل إجراء جراحة .

وتناسب النمذجة أيضا تعلم المهارات المعقده ، والتى يمكن أن تكون ضرورية للعملاء ، الذين يعانون من القلق فى تقديم أنفسهم فى المواقف الاجتماعية . مثال ذلك يمكن للمعالج أن يقوم بعرض أساليب التواصل البصرى المناسبه والمتغيرات الخاصة بالحديث ، أو عرضها بواسطة عميل آخر فى تجربة (بروفة) داخل العيادة . ومرة أخرى يجب أن يتلو ذلك بعض التعرض الحى لمواقف مثل تلك التى سبق وصفها فى الفصل السابق بواسطة أيميلكمب (١٩٨٢) .

وأخيرًا يتعين بالنسبة لقياس القلق أن يوضع فى الاعتبار ضرورة التدريب على المهارات ، جنبًا الى جنب مع التحكم فى القلق. وقد ناقش الن (1980) Allen الدور الذى يمكن أن تلعبه مهارات الدراسة والإجابة عن الامتحانات فى علاج هذه المشكلة .

العلاج الدوائى

أحيانًا ما يعانى العملاء من الكدر من معاناتهم للقلق ، وبالأخص من يعانون منهم من نوبات الهلع ، لدرجة أنهم يجدون أنه من الصعب المشاركة فى العلاج النفسى . وبالنسبة لهم قد يحققون بعض النفع من محاولة التحكم فى المشكلة ، بواسطة العقاقير مثل « البرازولام » Alprazolam ، وهو أحد «البنزوديزيبنات » Benzodizepine ، وكذلك من انواع معينه من مضادات الاكتئاب منها على وجه الخصوص « الأيميبرامين » imipramine « والكلوميبرامين » Clomipramine اللذان يمكن بهما ضبط نوبات الهلع (Klosko et al., 1990; Marks , 1987; Michelson and Marchione , 1991) غير أن الخطورة تتمثل فى أن نوبات الهلع ستعود بمجرد وقف الدواء (Michelson and Marchione , 1991) ويستطيع بعض العملاء أن يطوروا نوبات هلع ، إذا وجدوا أن عليهم ، مثلا ، ترك المنزل دون تناول الدواء .

---

(1) Modeling
(2) Participant modeling.

وعلى أى الأحوال يتعين إعطاء « البرازولام » Alprazolam لفترة قصيرة فقط ؛ نتيجة لمخاطر السمية والاعتماد (British Medical Association , 1993) .

علاج القلق : اضطرابات نوعية

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمه [(١)]

جرت خلال السنوات الخمس الماضية فقط محاولات شامله لتحديد فعالية أساليب العلاج المختلفة لأضطراب ضغوط ما بعد الصدمه ، المتعلقة بخبرات أخرى غير خبرة الحرب (Brom et.al , 1989; Foa et al., 1991) وبالتالى فقد حظيت المناقشات حول الأسباب أو المظاهر الخاصة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمه بإمكانية محدودة للتأثير فى تقييم العلاج ، وبالتالى حدث تجاهل للمشكلات ذات النوعية الخاصة مثل التبلد والاغتراب .

وقد تلقى المرضى فى الدراسة ،التى قام بها بروم وزملاؤه (Brom et al. (1989 بعد توزيعهم عشوائياً فى مجموعات ، اما علاجا بالتنويم (٢) أو تسكين الصدمة (٣) أو علاجًا تحليليًا ديناميًا (٤) ، أو ظلوا على قائمة انتظار بلا علاج . وكان هناك ٢١ متغيراً ناتجاً للصدمة (١٠ أعراض كُشف عنها ، ١١ سمة للمرضى ذوى اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة) بما فى ذلك قياسات للتجنب ، واقتحام الصور الذهنية والذكريات . وقد بين تحليل التغاير (٥) بعد إجراء التصحيح الإحصائى للفروق بين المرضى فى مستهل العلاج ، تساوى جميع أساليب العلاج ، من حيث تأثيرها فى مقدار التحسن بالارتفاع عن الحد القاعدى لكل المتغيرات .

وكان الغضب وحده هو المتغير ، الذى لم يتأثر بأى من أساليب العلاج ، وعلى أى الأحوال يبدو من الصعب معرفة أى المتغيرات تأثر - إذا كان هناك متغير معين - بقدر أكبر بوسيلة علاجية أكثر من الأخرى ، كما لم يكن من الواضح أيضًا معرفة أى جانب من جوانب الأساليب المختلفة كان فعالاً أكثر ، أو مقدار التمايز بين أساليب العلاج المختلفة ، وعلى سبيل المثال لم يكن من الواضح معرفة مقدار شيوع أساليب التحكم فى القلق أو التعرض فى كل العلاجات .

وقد تضمنت دراسة قامت بها فوا وزملاؤها (Foa et al. (1991 لضحايا الاغتصاب مقارنة بين التعرض والتطعيم ضد الضغوط (٦) المصحوب بإرشاد تدعيمى ، وبين البقاء على قائمة انتظار دون الحصول على علاج . وكان التطعيم ضد الضغوط عبارة عن حزمه شاملة من اجراءات التحكم فى القلق مشابهة لتلك التى سبق وصفها فى هذا الفصل ، ويتضمن التعرض إعادة إحياء موقف الاغتصاب تخيليا على امتداد سبع جلسات ، تستغرق كل جلسة ساعة يطلب خلالها من المريضة أن تستعيد المشهد عدة مرات ، ثم يطلب من كل مريضة بعد ذلك أن تنصت أثناء وجودها فى بيتها ، لتسجيل صوتى لهذه الجلسات ، وكان عدد المشاركات من المريضات فى كل مجموعة بين ١٠ إلى ١٤ مريضة ، وبالتالى فإن الخروج بتعميمات من هذه النتائج يجب أن يكون بحذر ، وقد أظهرت النتائج على مقياس الأعراض

---

(1) Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)
(2) Hypnotherapy
(3) Trauma desenesitisation
(4) Psychodynamic
(5) Multivariate analysis of variance
(6) Stress-inculation

الخاصة باضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة والتجنب أن التطعيم ضد الضغوط ، أدى الى تحسن فورى واضح ، كما أظهر هذا الأسلوب ، وكذلك أسلوب العلاج بالتعرض فوائد واضحة ، عند المقارنة التتبعية مع بقية أساليب التدخل الأخرى .

جدول (٢ – ٨) : مكونات العلاج الفعال للخوف والقلق ، وفق ترتيب أهميتها تنازليًا

التعرض للمنبهات المثيرة للخوف (الخارجية والداخلية لدى العميل) .
معلومات حول طبيعة وآثار الخوف .
سحب تأثير المواد المثيرة للقلق .
التدريب على المهارات (الاسترخاء ، التحدى المعرفى ، التنفس ، السلوك الاجتماعى ، العلاج الدوائى) .

ويرى المؤلفون أن التعرض كان اقل تأثيرًا بسبب الخبرة المكدرة للغاية التى يتضمنها إحياء الأحداث الصادمة . ولهذا فإن المؤلفين يقترحون مزيجًا من التطعيم ضد الضغوط والتعرض .

وفى ضوء هذه الدراسة ودراسات اخرى (مثال ذلك Mc Farlane , 1989)، يمكن التوصية بالآتى فى علاج اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة .

١ – القيام بتعرض تخيلى للصور الذهنية والذكريات الخاصة بالحدث الصادم ؛ بهدف خفض أعراض الاقتحام على وجه الخصوص ، ويعد عمليًا هنا إجراء تعرض حى للمنبهات المرتبطة بالكدر .

٢ – يستخدم أسلوب التحكم فى القلق ، حسبما نوقش فى الأقسام السابقة من هذا الفصل .

٣ – القيام بعلاج معرفى (انظر Bradley الفصل السادس) لخفض الشعور بالذنب ، والاكتئاب والاغتراب والتبلد .

ولا تبدو أساليب التدخل الأخرى الممكنة ، مثل جماعات المساندة التى تتشكل من المرضى الأخرين واضحة القيمة ، ومن خبرة الباحث الحالى .. فإن ذلك يمكن أن يستثير الكدر ، دون أن يحل المشكلات . وقد ذكر موس (1991) Muss فى تقرير له أنه حقق نجاحًا سريعًا ، باستخدام أسلوب استرجاعى (١) ، غير أن تفاصيل هذا الاسلوب غير واضحة .

وأخيرًا يتعين ملاحظة عدد من المحاذير . أولاً : كثيرًا ما يجد ضحايا اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة أنه من الصعب بالنسبة لهم قبول المساعده ؛ لأنهم يقاومون الاعتراف بأن لديهم صعوبات نفسية ، معتقدين أن هناك آخرين يستحقون اللوم (أى الطرف الذى يجب أن يسأل قانونا عن الفعل) أو بسبب الشعور بالاغتراب . وفقدان المعنويات نحو كل جوانب حياتهم . ثانيا : يحتمل أن يستفيد مرضى الاعتداء الجنسى من المعالج من الجنس نفسه (انظر علاج ضحايا الاستغلال الجنسى Bradly الفصل السادس) ثالثاً : فى ضوء المقترحات المذكورة فيما سبق حول العوامل ، التى يمكن أن تؤدى للانتكاس ، يتعين النصح بتجنب التعرض للخبرات المثيرة لقدر كبير من الكدر ، ومع ذلك فهناك دلائل كثيرة مستمدة من

(1) Rewind technique

دراسات المتابعة لاضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة ، تحتاج لاختبار ذلك .

اضطرابات الهلع

يحتمل أن يتطلب العلاج الفعال للمرضى الذين يعانون من نوبات الهلع (فى اضطرابات الهلع وخواف الأماكن المفتوحة وبعض المخاوف الأخرى) بعض أشكال العلاج المعرفى من النوع الذى يحدد الانشغالات الشخصية لكل مريض ، حول خبراته الهلعية ويتحداها (e . g . Salkovskis et al., 1991; Barlow et.al , 1989) ويمكن للتدريب على الاسترخاء والتنفس أن يساعد بدون علاج معرفى ، ومع ذلك فإن هذا الأمر موضوع لجدل ، ويمكن بالتالى أن يتأثر نتيجة لحالات التحسن الناتجة عن التميز بين المرضى الذين يكون هلعهم نتيجة لصعوبات تنفسية ، وأولئك الذين يتأثرون بعوامل معرفية (Ley , 1992). ويحتمل أن يكون بارلو وكيرنى Barlow and Cerny (1988) هما اللذان كتبا أشمل وصف للعلاج على الرغم من أن التقييم الحديث لتأثيرات التنفس على الهلع ، يجب أن يعدل من توصياتهم الخاصة بتدريبات التنفس (انظر القسم الخاص بالتدريب على التنفس ص ٢١٠) .

وفى ضوء نتائج الدراسات التى أشير اليها ، فإن التوصيات الخاصة بالعلاج هى الآتى :

١ – يحتمل أن يكون من المهم الاعتراف مع العميل أن لديه مشكلة خطيرة ، وأنه يعانى من نوبات هلع ، ويلاحظ أن الكثيرين من المرضى يسعون للحصول على نصيحة طبية ، لمجرد ان يطمئنوا أنه لا يوجد شىء ما خطأ فيهم .

٢ – من خلال التسجيل اليومى الذى يقوم به المريض فى مذكراته عن نوبات الهلع ، يتعين فحص الأفكار المقترنة بكل نوبة ، لتحديد تلك التى يبدو أنها تسبب أكبر قدر من الكدر (وقد تكون كالآتى : لا توجد لدى أية سيطرة على الهلع ، وهو يأتى فجاءة ، ولا أستطيع أن أكون مستعدا له ، وهو يبدو مثل الذى أقرأه عن النوبات القلبية ، أنا أعيش بمفردى ، ولا يوجد أحد هنا يعرف ما هو الخطأ أو كيف يساعدنى) .

٣ – يتعين مناقشة أساليب مواجهة أكثر هذه الافكار إثارة للكدر مع المريض .

٤ – بالنسبة للهلع الليلى، يستخدم أسلوب التحكم فى المنبه (انظر Lindsay الفصل ٣١) .

وقد تكون كل هذه الخطوات صعبة فى البداية بالنسبة للمرضى ، اللذين اعتادوا زيارة الأطباء؛ استجابة لنوبات الهلع فى محاولة للبحث عن نصيحة ومعلومات إيجابية .

ويمكن تحديد عدد من طرق المواجهة الممكنة ، وقد تكون الدلائل على عدم اعتلال الصحة واضحة فى نمط الحياة الخاصة للمريض ، وعلامات اللياقة البدنية والتاريخ الأسرى ، كما يمكن مواجهة الدلائل على أن نوبات الهلع مما لا يمكن التنبوء بها ، وتحدى هذه الدلائل من خلال تسجيل نوبات الهلع واقترانها بمتغيرات مثل الوقت من النهار ، وتناول الطعام وبعض المواد الأخرى (انظر الفصل السابع) .

مثال ذلك أنه يتعين ملاحظة أن معظم النوبات تحدث فى الساعات القليلة التالية للاستيقاظ وبعد تناول القليل من القهوة الساده . وحيث يكون المريض شديد النشاط ومستعداً لمصاحبة أطفاله إلى المدرسة. والأدلة على أن سبب النوبات لا يمكن التنبوء به يمكن دحضها بواسطة اختبار الإفراط فى التنفس (انظر الفصل السابع) . وإذا أظهر الاختبار أعراضاً مشابهة لتلك التى تحدث فى حالات الهلع، فيمكن استخدامها للتوضيح للمريض أنه لن ينهار نتيجة لها ، وأن الأعراض ستزول بسرعة .

وبالنسبة للأشخاص الأسوياء .. فإن الأعراض التى تستثار بالإفراط التطوعى فى التنفس ، يمكن أن تضعف حدتها مع الإفراط فى التنفس لعدة دقائق أخرى ، أكثر من الدقيقتين أو الثلاث الضرورية لإحداث الأعراض (Hout et al., 1990) وهو إجراء منهك .

ويلاحظ أن أحداً من المفحوصين لم يفقد الوعى خلال الدراسة ، وهو الأمر الذى يتسق مع المعلومات حول الإفراط فى التنفس ، وبالتالى قد يكون من الممكن جعل المرضى يشاهدون أن أعراض الإفراط فى التنفس تختفى ، مهما كان طول الفترة التى يفرطون خلالها فى التنفس . ومع ذلك فإن هذا الأمر سيظل فى حاجة للتأكيد بالنسبة للمرضى ، من أصحاب اضطراب الهلع .

ويمكن تقديم الأدلة حول إمكانية التحكم فى الأعراض ، من خلال اختبار تالٍ للإفراط فى التنفس، والذى يقوم المريض فيه بالتنفس فى كيس ورقى يغطى الفم والأنف . ويسمح ذلك للمريض بإعادة تنفس ثانى أوكسيد الكربون (CO2) المستنزف ، والذى يتسبب نقصه فى الأعراض . ومما يثير السخرية أنه قد تبين أن الأعراض التى حدثت بهذه الطريقة يمكن أن تنخفض إذا سمح للمفحوصين أن يتنفسوا هواء الحجرة العادى ، معتقدين أنهم إنما يتنفسون أنفاسهم الخالية من الأوكسجين ، وقد تحقق ذلك من خلال جعل نظام كيس التنفس الورقى نافذاً على هواء الحجرة (Hout et al. , 1988) .. ويمكن ، لهذا التأثير الزائف ، أن يكون فعالا فى التحكم فى أعراض نوبات الهلع عندما تحدث حتى إذا لم يكن الإفراط فى التنفس قد أسهم فى إحداث الهلع . ومن الوسائل الأخرى للسيطرة على نوبات الهلع أساليب التدخل العصبى لخفض الزيادة فى معدل ضربات القلب، والتى وصفها سارتورى واولاجيد Sartory and Olajide (1988) ، وهى تتضمن تدليك الشريان السباتى (١) لتنشيط المستقبلات ذات الحساسية لضغط الدم .

وتؤدى المناقشة أيضاً الى ضرورة أن يقوم المرضى بالعمل للتحكم والتنبوء بالنوبات واختبار الدلائل المتعلقة بالهلع . ويتعين أن يكمن ذلك فى القيام بتدريبات بطريقة منظمة ، وتحت إشراف بهدف زيادة اللياقة البدنية ، وزيادة مقاومة سوء الصحة ، ولكى يبرهنوا أنهم فى صحة جيدة .

ويمكن التعامل مع انشغال المريض بكون الآخرين غير متفهمين لما يحدث له أثناء الهلع ، من خلال موافقة المريض على تجربة إخبار الأخرين عن نوبات هلعة . وقد استطاع أحد المرضى إخبار صديقته ثم إخبار أشخاص غرباء عنه . وقد حدث هذا الأمر الأخير أثناء نوبة هلع ، تعرض لها وهو على دراجته البخارية ، عندما طلب من أحد رجال الشرطة أن يمسك دراجته أثناء قيامه بالتنفس من كيس ورقى ، وقد تحسن المريض نتيجة للاستجابة الهادئة المعاونة من رجل الشرطة . وفى ضوء المحاذير التى ذكرت من قبل يتعين التفكير فى السيطرة على الأعراض بواسطة ممارسة الاسترخاء والتنفس ، ويسعى الكثير من المرضى للحصول على نصيحة المعالج حول تنفسهم ، وبالأخص إذا كانت لديهم صعوبة فى التنفس أثناء نوبة الهلع .

وأخيراً فإنه يمكن ترتيب تمرينات التعرض مثلاً بواسطة الممارسة المتكررة للإفراط فى التنفس ، ويجد الكثير من المرضى أن الإفراط فى التنفس يعد إشارة منذرة منذ البداية ، حتى أنهم بالكاد يستطيعون تحمله لفترة تقل عن دقيقة ، ويمكن ترتيب بعض تدريبات التعرض الأخرى ، بواسطة تمرينات رياضية نشطه – تعرض المرضى للهث والشعور بتسارع نبضهم ، وأخيراً فقد ساندت دراسة حديثة ذات قيمة أهمية مساعدة الشخص لنفسه ، من خلال كتاب منشور ، يوفر توجيهات مشابهة لما سبق ذكره (Gould et al. , 1993)

(1) Carotid arteries

المخاوف الاجتماعية

بينما ينظر على نطاق واسع إلى التعرض للمواقف المثيرة للقلق باعتباره عاملاً مهماً فى العلاج النفسى للمخاوف الاجتماعية ، إلا أن هناك صعوبات تقوم فى وجه الاستفادة من تأثير هذا الأمر (Butler 1985 , . فالمواقف الاجتماعية مثل الحفلات ، واجتماعات العمل ، والمواجهات العرضية مع الناس فى الأماكن العامة شديدة التغاير ، وتقل إمكانية التنبوء بها ، مقارنة بالمواقف التى تستخدم بصورة نمطية فى علاج خواف الأماكن المفتوحة ، مثال ذلك أن الجوانب المهمة فى المواقف المذكورة مثل مواجهة مندوب مبيعات أو إبلاغه بشكوى يمكن أن تؤجل بصورة غير مناسبة ، أو تتكرر للسماح بقدر أكبر من التغير فى القلق (انظر شكل ١ – ٨) خلال الجلسات أو بعدها ، وقد أدى التطور فى العلاج المعرفى للمخاوف الاجتماعية (Butler , 1989; Mattick and Pelers , 1988) لاقتراح إجراءات إضافية كالآتى :

١ – القيام بتجربة (بروفة) للقاءات الاجتماعية والمناقشات .

٢ – التحكم فى أعراض القلق بواسطة السيطرة على القلق .

٣ – تعديل السلوك الاجتماعى وممارسته (انظر Spense الفصل ١٢) .

٤ – تسجيل ومواجهة الأفكار السلبية .

وكثيراً ما تتطلب أهداف العلاج القيام بتحويل انتباه المرضى بعيداً عن حالتهم الداخلية ، وتحدى اعتقادهم أنهم تحت عيون معادية تتفحصهم عن قرب ، وتنقد صامت من بقية الناس ، ودائماً ما يطبق مرضى الخواف الاجتماعى معايير صارمه على سلوكهم ، لايمكنهم تطبيقها على الآخرين (Hope et al., 1989) وعلى الرغم من ذلك ، فإن مقارنة مرضى المخاوف الاجتماعية بالمرضى الذين يعانون من اضطراب القلق المتغلغل أدى إلى التشكيك فى فكرة أن الآخرين دائماً ما يخفون أفكارهم ، حول تقييم الآخرين لهم (Stopa and Clark , 1993 ; Tuner et al ., 1987) .

وتوضح النماذج الآتية بعض المناحى المفضلة فى البحوث الحديثة لعلاج المخاوف الاجتماعية :

«ب» رجل فى الخامسة والعشرين من العمر ، كثيراً ما يعانى من نوبات هلع خلال الاجتماعات ، وبالأخص أثناء المناقشات مع النساء الشابات ، اللاتى يشعر بجاذبية نحوهن ، وهو يشكو خلال نوبات الهلع من الارتجاف ، وتصبب العرق ، وصعوبة التنفس على الخصوص ، وهو يعتقد أن الآخرين يلحظون ارتجافه ، ويحاول علاج الموقف بأن يظل صامتاً ؛ مما يجعله يظن أن الآخرين سيعتقدون أنه غبى ويفتقر إلى الذكاء ، وهو الأمر الذى يعرف أنه غير صحيح فى ضوء أنه كان طالبًا فى الجامعة ، وقد أدمن الكحول فى الماضى لكى يقوى من ثقته فى مثل هذه المواقف ، غير أن إدمانه للكحول أسهم لسوء الحظ فى تخريب مستقبله كطالب .

واستقر الرأى على أن التمارين المتكررة على المواجهة الاجتماعية ، ستساعد «ب» على بناء قدرته على تحمل المناقشات ، وستساعده على تطوير المهارات اللازمة لظهوره بمظهر القادر فى حضور النساء الشابات . ونظر لشغفه بالرسم والفنون الحربية ، فقد قرر الالتحاق بدوره لدراسة الفن خمس مرات اسبوعيا ، كما اشترك فى تدريبات رياضة الجودو . وقد تعزز التعرض فى فصل دراسة الفن ؛ نتيجة لجلوسه خلال راحات الغذاء ، بجوار رجال آخرين فى بدأية الأمر ثم بجوار نساء بعد ذلك ، ممن لم يكن يجذبنه على وجه الخصوص ، ثم إلى جانب نساء جذابات بعد ذلك من القريبات له فى العمر .

ولمعالجة مخاطر الارتجاف أثناء تناول الطعام ، برز السؤال التالى : « كيف أتصرف » ؟ وهو سؤال واقعى ، اتضح من التسجيلات اليومية التى يقوم بها فى مفكرته . وقد أمكن استخلاص أنه يتعين على «ب» ان يختار انواعاً معينة من الطعام ، والتى لن يتعرض تناولها للتاثر ، إذا حدث وارتجف . ولسوء الحظ لم يكن يستطيع أن يوفر لنفسه أكثر من الحساء ، الذى إذا تناوله بالملعقة .. فإنه سينسكب إذا كان يرتجف ، بالإضافة إلى ذلك فستصطك الملعقة بأسنانه محدثة صوتًا ، وعلى هذا أصبح على « ب» إما أن يستخدم يديه معا لتوصيل الملعقة إلى فمه أو أن يستخدم يده غير المفضله ، وهما الأمران اللذين يعنيان اعتقاده أنه سيبدو عاجزاً ، وبالتالى يلفت الأنظار لصعوباته .

نتيجة لهذا تقرر أن يطلب الحساء فى فنجان بحيث يمكن أن يمسكه بكلتا يديه ، وحيث تكون هناك مخاطر ضئيلة لأن ينسكب . وعلى الرغم من ذلك ، فقد تقرر أنه يستطيع أن يختار فى أول وجبة طعاماً سهلاً ، تفاحة مثلا قبل أن يحاول تناول الحساء ، واستطاع المثابرة بهذه الطريقة متجاوزاً نوبتى هلع أثناء وجوده وسط صحبة ، قبل أن تتوقف النوبات تماماً فى فصل الفن .

وقد تم عمل تجربة (بروفة) للنقاش فى موضوعات محتملة ، فى ضوء مدى مناسبتها للنقاش وسط مجموعة ، وقد استكمل هذا الإجراء مع مواجهة معتقداته ، حول أن ارتجافه سيؤدى إلى ظهوره بمظهر الغبى . ومواجهة فكرته أنه يبالغ فى تأكيد تأثير ارتجافة ؛ بما لايؤدى الى طمأنينته تماما . وقد اتفق على أن ارتجافه من الأمور المحيرة وغير المحدده بالنسبة للناس ، الذين لا يفهمون . وعلى الرغم من ذلك فقد وافق على أنه سيكون من المفيد أن يكشف عن صعوبته لإحدى النساء الأكبر عمراً من زميلاته فى الفصل ، والتى يعتقد أنها ستفهم وتتعاطف . وقد تم مواجهة تأثير مشكلته ، من خلال سعيه لمعرفة صفاته ومزاياه التى يمكن أن تكون جذابة ، والتى يمكن أن تحدث توازنًا مع ارتجافه وسط الناس . وقد اتضح بشكل واقعى أن لديه حسًا فكاهيًا وأنه قادر على إضحاك الناس عندما يكون مسترخيًا . واتفق على أن تدبر القلق سيكون مفيدا فى الإقلال من الاعراض التى يخشاها . وقد تم ممارسة ذلك طبقا للوصف ، الذى سبق تقديمه فى هذا الفصل .

وبحصوله على بعض النجاح فى هذا ، عالج قلقه فى فصل الفن . وقرر «ب» الالتحاق باجتماعات معالجة ادمان الكحول ؛ لكى يزيد من خبرته فى معالجة الخوف الاجتماعى وليساعده ذلك على خفض تعاطيه الكحول . وقد كشف أول اجتماع حضره عن صعوبة التحكم عند التعرض للمواقف الاجتماعية ، إذ كان على كل عضو فى المجموعة المكونة من ثلاثين رجلاً ، أن يقدم نفسه الواحد بعد الآخر بالترتيب ، وان يعلن عن شربه للخمر ، وكان « ب» هو الأخير ، وأصبح أكثر وأشد قلقا مع اقتراب دوره فى الحديث ، وفى الاجتماعات التالية رتب أمره ليكون قرب البداية .

القلق المتغلغل

لا يوجد الكثير من الدراسات حول العلاج النفسى للقلق المتغلغل . والأكثر من ذلك أن تاثيرات العلاج النفسى له لم تكن مثيرة للإعجاب (Butler et al ., 1991) . ويحتمل أن يكون أكثر أساليب العلاج النفسى نجاحاً هو العلاج المعرفى . (المرجع نفسه ,.Borkovc et al ., 1987; Butler et al) ، وهو العلاج الذى يستخدم فيه التسجيل اليومى لانشغالات المريض والانفعالات المقترنة بها مثل القلق ، وذلك بهدف تشجيع المرضى على القيام بأدوار أقل سلبية ، وعلى تحدى ومواجهة انشغالاتهم بمجرد ظهورها . (انظر Bradly الفصل السادس) .

ويحتمل أن يكون العلاج المعرفى السلوكى أكثر نجاحاً من العلاج بالبنزوديازيبينات benzodiaze-pines (Power et al. , 1990) .

ولنضع فى اعتبارنا الحالة الآتية على سبيل المثال :

«س» رجل فى الثانية والثلاثين من العمر ، حاصل على درجة جامعية فى الكيمياء ، خاب أمله فى العمل كيميائى صناعى فى إحدى الشركات متعدده الجنسيات . قام بدراسة على نفقته الخاصة فى ترميم وإصلاح قطع الأثاث . ولسوء الحظ أنه تعرض بعد ذلك لما يعد جزئيا بمثابة مرض اكتئابى ، كان يتعرض من خلاله لنوبات هلع وصعوبات متكررة فى النوم (أرق الاستمرار فى النوم) ، وأصبح غير قادر على البحث عن عمل فى مجال ترميم وأصلاح الأثاث لاستكمال متطلبات الدوره الدراسية ، وذلك نتيجة للأزمة فى ثقته فى نفسه ، وبالإضافة إلى ذلك فقد تركته زوجته ، وأصبح خائفًا من أن يصبح غير قادر على إقامة أية علاقة دائمة .

وقد عبر فى المقابلة الأولى عن وابل من القلق حول عدم قدرته على العمل كمرمم ، وعن كونه بلازواج ، وعن الوظائف التى حاول الحصول عليها ، والتى ظهر أنها مليئة بالعيوب والنقائص ، وعن صعوباته فى النوم التى تذكره بمرضه الاكتئابى القديم . وكان هذا السيل المتدفق من القلق ، الذى لم يتم فحصه ، يؤدى به لأن يصبح على وشك البكاء ، ومشوش الفكر وغير متماسك .

وعند فحص حالته الراهنة فى مقابلة شخصية تاليه ، أظهرت مقابلة سيكايترية بحثية وجود الكدر لديه بطريقة مشابهة .

وكانت الخطوات الأولى فى العلاج هى أن يوافق على وضع جدول أعمال فى أول كل جلسة، يتضمن البنود التى يجب مناقشتها . وأن يقوم بالإضافة إلى ذلك بممارسة مؤشرات التحكم فى الاسترخاء للمساعدة على خفض دوره القلق فى الجلسات ، وأن يمارسها قبل النوم للمساعدة فى بدء النوم أيضاً .

واستخدم أسلوب القيام بمهمة مشتتة فى الجلسات ، مثل أن يذكر أسماء الأشياء الموجودة بالحجرة ، والتى يبدأ اسمها بحرف «E» ، وذلك بهدف الحد من عملية تزايد القلق فى جلسات العلاج الأولى .

وتم تبديد التغلغل المنتشر من خلال التسجيلات اليومية للأفكار السلبية لدى المريض ، مثل «أنا أفتقر إلى الثقة فى كل شىء » ، وذلك من خلال وضع بنود لمجالات الاهتمام ، وقد أظهرت التسجيلات اليومية أن كون المريض غير قادر على القيام بأعمال الترميم ، كان وراء أغلب ما لديه من قلق . وقد أكد ذلك للمريض أنه قد أنفق الوقت والمال بلا طائل ، وأنه ارتكب خطئاً بتركه لوظيفة مأمونة . وكان ذلك بالنسبة له بمثابة دليل على فشله فى مواجهة تحديات حياته ، وأظهرت تسجيلات أخرى أنه يعتقد أن كل زملائه فى الدورة التدريبية على الترميم لديهم عمل : وهو دليل آخر على عدم كفاءته طوال حياته ، وقد أظهرت هذه التسجيلات أيضا أنه يتوقع أن يصبح كفئا فى كل الأعمال فور قيامه بها . وقد أمكن مواجهة هذه المعتقدات بسؤاله عن كيف يشعر خريج آخر ، ليس له الخبرة فى أعمال الترميم غير المألوفة . وما الخطوات التى يمكن أن يقوم بها مثل هذا الشخص ، عندما يواجه عملا غير مألوف ؟ فاقترح أنه يجب أن يبحث عن المعلومات فى الكتب ، ولدى المرممين الآخرين والزملاء ، الذين كانوا معه فى الدورة ، ممن كانوا على علاقة وثيقة به .

ما هى الخطوات الاخرى التى يمكن اتخاذها لاكتساب الثقة فى الترميم ؟ اقترح على «س» ان يقوم بالأعمال التى تحتاج لأقل المتطلبات من مهارته فى البداية وحيث لاتكون النتائج شديدة الأهمية بالنسبة لصاحب الأثاثات . وقد سئل عن كيف يمكن أن يجد الوسائل ، التى يحصل من خلالها على الخبرة وفقًا لهذا المخطط ، وكانت الإجابة هى القيام بعمليات الترميم السهلة للأصدقاء بأقل التكاليف بالنسبة لهم ، وهو ماكان خطوته الأولى . وكان أعلى مستوى للقلق الذى سجله فى قيامه بهذه الاعمال مرتبطًا بالاعتقاد أنه قد يقع فى أخطاء ، تنتهى إلى تلف دائم فى الأثاثات . وقد تمت مواجهة هذه الأفكار بالتساؤل عما إذا كان يبالغ فى تقدير احتمالات حدوث كارثة . وقد وافق « س» على أن ذلك ممكن ، إلا أن مثل هذا الخطأ يمكن أن تكون له مترتبات خطيرة . ما هى الخطوات إذًا التى يتعين بالتالى أن يقوم بها للأقلال من هذه المخاطره ؟ وقد اقترح عليه القيام باختبارات للأجزاء غير الواضحة فى الاثاثات . ووضعت التحديات التالية لهذا بسؤاله عن المعايير التى يمكن أن يتوقعها العملاء ، وهل وضع هو معايير أعلى من تلك التى يتوقعها العملاء . وكيف يمكنه أن يكتشف ذلك ؟

وكانت الهموم المقترنة بالمواجهات الاجتماعية مثل مقابلة العملاء ، وبالأخص عند تقدير التكلفة والاتفاق على سداد المطلوب ومواعيد التسليم ، والتى كانت جميعها موضوعات لمقابلات شخصية للعمل . وهى ما تم معالجته من خلال تجربة (بروفة) ومناقشة لأى الأفعال عليه القيام بها للأمور الممكنة المقترنة بها.

وكان يلى الأيام التى يكون القلق فيها شديداً صعوبات فى النوم ، وهو ماكان يؤدى لزيادة انشغاله بتوقع معاناته من الأرق ، وهو الأمر الذى كان يسبب له الكدر على وجه الخصوص فى بداية مرضه – وعلى الرغم من ذلك فبعلاج قلقه اليومى بنجاح ، أصبح يبحث عن مجالات تقديم خدماته كمرمم، وأصبح أكثر جرأه فى السعى إلى العمل . وقد صاحب ذلك انخفاض فى القلق كما ظهر على بطارية بيك للأكتئاب . وأصبح نومه أفضل كما سجل ذلك بنفسه ، وباقتراب العلاج من نهايته ؛ تمكن من الإعلان عن خدماته الفنية فى المعارض وفى محلات بيع الأثاثات الأثرية ، وظهر هذا التحسن أكثر وضوحاً فى علاقة تتسم بقدر أكبر من الاسترخاء مع صديقته .

المخاوف الفسيولوجية

كان التعرض التدريجى لمنبهات مثل قراءة كلمة « دم » ، ومشاهدة شريط فيديو لعملية جراحية ناجحا فى علاج المخاوف من الدم والجروح ، وحيث يكون فقدان الوعى (الإغماء) أحد تعقيدات الموقف (مثال ذلك : Yule and Fernando , 1980) كما استخدم توتر العضلات بهدف زياده تدفق الدم لتأخير الإغماء لدى المرضى ، الذين يعانون من مثل هذا التعرض (Foulds et al., 1990) وبالمثل عولج الخوف الذى يعوق التبول باسلوب التعرض (Marks , 1981) كما عولج بالطريقة نفسها الخوف من الاختناق أثناء تناول الطعام (انظر القسم الخاص بالنمذجة ، والتدريب على المهارات ص ٢١٤) .

References

Allen, G. J. (1980) 'The behavioral treatment of test anxiety: therapeutic innovations and emerging conceptual challenges', in M. Hersen, R. H. Eisler and P. M. Miller (eds) *Progress in Behavior Modification 9*, New York: Academic Press.

Bandura, A. (1977) 'Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change', *Psychological Review* 84: 191–215.

Bandura, A., Blanchard, E. B. and Ritter, B. (1969) 'Relative efficacy of desensitisation and modelling approaches for inducing behavioral, affective and attitudinal changes', *Journal of Personality and Social Psychology* 13: 173–99.

Barlow, D. and Cerny, J. A. (1988) *The Psychological Treatment of Panic*, New York: Guilford Press.

Barlow, D. H. and Mavissakalian, M. (1981) 'Directions in the assessment and treatment of phobia: the next decade', in M. Mavissakalian and D. H. Barlow (eds) *Phobia, Psychological and Pharmacological Treatment*, New York: Guilford Press.

Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A. and Klosko, J. S. (1989) 'Behavioral treatment of panic disorder', *Behavior Therapy* 20: 261–82.

Barrios, B. A. and Shigetomi, C. C. (1979) 'Coping-skills training for the management of anxiety: a critical review', *Behavior Therapy* 10: 491–522.

Bernstein, D. A. and Borkovec, T. D. (1973) *Progressive Relaxation Training*, Champaign, Ill.: Research Press.

Beunderman, R. and Duyvis, D. J. (1990) 'Cardiac phobia', in A. A. Kaptein, H. M. van der Ploeg, B. Garssen, P. J. G. Schreurs and R. Beunderman (eds) *Behavioural Medicine. Psychological Treatment of Somatic Disorders*, Chichester: Wiley.

Bonn, J. A. and Redhead, C. P. A. (1984) 'Enhanced adaptive behavioural response in agoraphobic patients pretreated with breathing retraining', *Lancet* (September): 665–9.

Borkovec, T. D., Mathews, A. M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R. and Nelson, R. (1987) 'The effects of relaxation training with cognitive or non-directive therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalised anxiety', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 883–8.

Brewin, C. R. (1988) *Cognitive Foundations of Clinical Psychology*, London: Erlbaum.

British Medical Association and the Pharmaceutical Society of Great Britain (1993) *British National Formulary*, London: BMA & PSGB.

British Medical Journal (1978) 'Breathing and control of heart rate', *British Medical Journal* 2: 1663–4.

Brom, D., Kleber, R. J. and Defares, P. B. (1989) 'Brief psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorders', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 607–12.

Butler, G. (1985) 'Exposure as a treatment for social phobia: some instructive difficulties', *Behaviour Research and Therapy* 23: 651–7.

Butler, G. (1989) 'Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia', *Clinical Psychology Review* 9: 91–107.

Butler, G., Fennell, M., Robson, P. and Gelder, M. (1991) 'Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalised anxiety disorder', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 167–75.

Cappo, B. M. and Holmes, D. S. (1984) 'The utility of prolonged respiratory exhalation for reducing physiological and psychological arousal in non-threatening and threatening situations', *Journal of Psychosomatic Research* 28: 265–73.

Chambless, D. L., Foa, E. B., Groves, G. A. and Goldstein, A. J. (1980) 'Flooding with Brevital in the treatment of agoraphobia: countereffective?' *Behaviour Research and Therapy* 17: 243–51.

Clark, D. M., Salkovskis, P. M. and Chalkley, A. J. (1985) 'Respiratory control as a treatment for panic attacks', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 16: 23–30.

Cormack, M. A., Owens, R. G. and Dewey, M. E. (1989) *Reducing Benzodiazepine Consumption. Psychological Contributions to General Practice*, New York: Springer-Verlag.

Duckworth, T. and Miller, D. (1983) *Flying without Fear*, London: Sheldon Press.

Ellis, A. (1979) 'A note on the treatment of agoraphobics with cognitive modification versus prolonged exposure in vivo', *Behaviour Research and Therapy* 17: 162–4.

Emmelkamp, P. M. G. (1982) *Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders. Theory, Research and Practice*, New York: Plenum Press.

Emmelkamp, P. M. G. and Foa, E. B. (1983) 'Failures are a challenge', in P. M. G. Emmelkamp and E. B. Foa (eds) *Failures in Behaviour Therapy*, New York: Wiley.

Emmelkamp, P. M. G. and Wessels, H. (1975) 'Flooding in imagination v. flooding in vivo: a comparison with agoraphobics', *Behaviour Research and Therapy* 13: 7–15.

Emmelkamp, P. M. G. and Van den Hout, A. (1983) 'Failures in treating agoraphobia', in E. B. Foa and P. M. G. Emmelkamp (eds) *Failures in Behavior Therapy*, New York: Wiley.

Emmelkamp, P. M. G., Mersch, P. P., Vissia, E. and Van Der Helm, M. (1985) 'Social phobia: a comparative evaluation of cognitive and behavioural interventions', *Behaviour Research and Therapy* 23: 365–70.

Foa, E. B. and Chambless, D. L. (1978) 'Habituation of subjective anxiety during flooding in imagery' *Behaviour Research and Therapy* 16: 391–9.

Foa, E. B. and Kozak, M. (1986) 'Emotional processing of fear', *Psychological Bulletin* 99: 20–35.

Foa, E. B., Jameson, J. S., Turner, R. M. and Payne, L. L. (1980) 'Massed v spaced exposure sessions in the treatment of agoraphobia', *Behaviour Research and Therapy* 18: 333–8.

Foa E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. and Murdock, T. B. (1991) 'Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 715–23.

Foulds, J., Wiedman, K., Patterson, J. and Brooks, N. (1990) 'The effects of muscle tension on cerebral circulation in blood-phobic and non-phobic subjects', *Behaviour Research and Therapy* 28: 481–6.

Franklin, J. A. (1989) 'A 6-year follow-up of the effectiveness of respiratory retraining, in-situ isometric relaxation and cognitive modification in the treatment of agoraphobia', *Behavior Modification* 13: 139–67.

Fraser, D., Peterkin, G. S. D., Gamsu, C. V. and Baldwin, P. J. (1990) 'Benzodiazepine withdrawal: a pilot comparison of three methods', *British Journal of Clinical Psychology* 29: 230–3.

Fried, R. (1987) *The Hyperventilation Syndrome. Research and Clinical Treatment*, Baltimore: John Hopkins Press.

Garssen, B., Ruiter, C. d. and Dyck, R. v. (1992) 'Breathing retraining: a rational placebo?', *Clinical Psychology Review* 12: 141–54.

Gauthier, J. and Marshall, W. L. (1977) 'The determination of optimal exposure to phobic stimuli flooding therapy', *Behaviour Research and Therapy* 15: 403–10.

Gelder, M. (1975) 'Flooding: results and problems from a new treatment for anxiety', in T. Thompson and W. S. Dockens (eds) *Applications of Behaviour Modification*, New York: Academic Press.

Ghosh, A., Marks, I. and Carr, A. C. (1988) 'Therapist contact and outcome of self-exposure treatment for phobias', *British Journal of Psychiatry* 152: 234–38.

Ginsberg, G. and Marks, I. (1977) 'Cost and benefits of behavioural psychotherapy: a pilot study of neurotics treated by nurse-therapists', *Psychological Medicine* 7: 685–700.

Girodo, M. and Roehl, J. (1978) 'Cognitive preparation and coping self-talk: anxiety management during the stress of flying', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 978–89.

Glaister, B. (1982) 'Muscle relaxation training for fear reduction of patients with psychological problems: a review of controlled studies', *Behaviour Research and Therapy* 20: 493–504.

Goldfried, M. R. (1979) 'Anxiety reduction through cognitive-behavioral intervention', in P. C. Kendall and S. D. Hollon (eds) *Cognitive-Behavioral Interventions*, New

Gould, R. A., Clum, G. A. and Shapiro, D. (1993) 'The use of bibliotherapy in the treatment of panic: a preliminary investigation', *Behavior Therapy* 24: 241–52.

Greenwood, M. M. and Benson, H. (1977) 'The efficacy of progressive relaxation in systematic desensitisation and a proposal for an alternative competitive response: the relaxation response', *Behaviour Research and Therapy* 15: 337–43.

Grimm, L. G. (1980) 'The evidence for cue-controlled relaxation', *Behavior Therapy* 11: 283–93.

Grossman, P., De Swart, J. C. G. and Defares, P. B. (1985) 'A controlled study of a breathing therapy for treatment of hyperventilation syndrome', *Journal of Psychosomatic Research* 29: 49–58.

Hafner, J. and Marks, I. M. (1976) 'Exposure in vivo of agoraphobics: the contributions of diazepam, group exposure and anxiety evocation', *Psychological Medicine* 6: 71–88.

Hand, I., Lamontagne, Y. and Marks, I. (1974) 'Group exposure (flooding) in vivo for agoraphobics', *British Journal of Psychiatry* 124: 588–602.

Heide, F. J. and Borkovec, T. D. (1984) 'Relaxation-induced anxiety: mechanisms and theoretical implications', *Behaviour Research and Therapy* 22: 1–12.

Hibbert, G. A. and Chan, M. (1989) 'Respiratory control: its contribution to treatment of panic attacks. A controlled study', *British Journal of Psychiatry* 154: 232–6.

Holden, A. E., O'Brien, G. T., Barlow, D. H., Stetson, D. and Infantino, D. (1983) 'Self-help manual for agoraphobia: a preliminary report of effectiveness', *Behavior Therapy* 14: 545–56.

Hope, D. A., Gansler, D. A. and Heimberg, R. G. (1989) 'Attentional focus and causal attributions in social phobia: implications from social psychology', *Clinical Psychology Review* 9: 49–60.

Hout, M. van den; Jong, P., Zandbergen, J. and Mercklebach, H. (1990) 'Waning of panic sensations during prolonged hyperventilation', *Behaviour Research and Therapy* 28: 445–48.

Hout, M. A. van d., Boek, C., Molen, G. M. van d., Jansen, A. and Griez, E. (1988) 'Rebreathing to cope with hyperventilation: experimental tests of the paper bag method', *Journal of Behavioral Medicine* 303–10.

Howard, W. A., Murphy, S. M. and Clarke, J. C. (1983) 'The nature and treatment of fear of flying: a controlled investigation', *Behavior Therapy* 14: 557–67.

Jacobson, N. S., Wilson, L. and Tupper, C. (1988) 'The clinical significance of treatment gains resulting from exposure-based interventions for agoraphobia: a reanalysis of outcome data', *Behavior Therapy* 19: 539–54.

James, J. E., Hampton, B. A. M. and Larsen, S. A. (1983) 'The relative efficacy of imaginal and in vivo desensitisation in the treatment of agoraphobia', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 14: 203–7.

Johnson, C. H., Gilmore, J. D. and Shenoy, R. S. (1982) 'Use of feeding procedure in the treatment of a stress-related anxiety disorder', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 13: 235–7.

Keele, C. A., Neil, E. and Joels, N. (1982) *Samson Wright's Applied Physiology, 13th edn*, Oxford: Oxford University Press.

Klosko, J. S., Barlow, D. H., Tassinari, R. and Cerny, J. A. (1990) 'A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 77–84.

Lacey, R. and Woodward, S. (1985) *That's Life Survey on Tranquilisers*, London,:British Broadcasting Corporation/Mind.

Lande, S. D. (1982) 'Physiological and subjective measures of anxiety during flooding', *Behaviour Research and Therapy* 20: 81–8.

LeBoeuf, A. and Lodge, J. (1980) 'A comparison of frontalis EMG feedback training and progressive relaxation in the treatment of chronic anxiety', *British Journal of Psychiatry* 137: 279–84.

Lehrer, P. M. (1982) 'How to relax and how not to relax: a re-evaluation of the work of Edmund Jacobson – I', *Behaviour Research and Therapy* 20: 417–28.

Leitenberg, H., Agras, W. S., Barlow, D. H. and Oliveau, D. C. (1969) 'The contribution of selective positive reinforcement and therapeutic instructions to systematic desensitisation therapy', *Journal of Abnormal Psychology* 74: 113–18.

Ley, R. (1988a) 'Panic-attack during relaxation and relaxation-induced anxiety: a hyperventilation interpretation', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 19: 253–59.

Ley, R. (1988b) 'Panic attacks during sleep: a hyperventilation-probability model', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 19: 181–92.

Ley, R. (1992) 'The many faces of Pan: psychological and physiological differences among three types of panic attacks', *Behaviour Research and Therapy* 30: 347–57 (see errata, *Behaviour Research and Therapy* 30: 657).

Linden, W. (1981) 'Exposure treatments for focal phobias: a review', *Archives of General Psychiatry* 38: 769–75.

Lindsay, S. J. E. (1985) 'The anxious patient 2. The casual attender', *Dental Update* 12: 177–80.

Lindsay, S. J. E. and Jackson, C. (1993) 'The fear of dental treatment in adults: its nature and management', *Psychology and Health* 8: 135–54.

McFarlane, A. C. (1989) 'The treatment of post-traumatic stress disorder', *British Journal of Medical Psychology* 62: 81–90.

McPherson, F. M., Broughan, L. and McLaren, L. (1980) 'Maintenance of improvement in agoraphobic patients treated by behavioral methods: a four year follow-up', *Behaviour Research and Therapy* 18: 150–2.

Marchione, K. E., Michelson, L., Greenwald, M. and Dancu, C. (1987) 'Cognitive behavioral treatments of agoraphobia', *Behaviour Research and Therapy* 25: 319–28.

Marks, I. (1975) 'Behavioral treatments of phobic and obsessive-compulsive disorders: a critical appraisal', in M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Miller (eds) *Progress in Behavior Modification I*, New York: Academic press.

Marks, I. (1981) *The Cure and Care of Neurosis*, New York: Wiley.

Marks, I. (1987) *Fears, Phobias and Rituals*, Oxford: Oxford University Press.

Marshall, W. L., Gauthier, J. and Gordon, A. (1979) 'The current status of flooding therapy', in M. Hersen, R. H. Eisler and P. M. Miller (eds) *Progress in Behavior Modification 7*, New York: Academic Press.

Mathews, A. M. (1977) 'Recent developments in the treatment of agoraphobia', *Behavioural Analysis and Modification* 2: 64–75.

Mathews, A. M. and Shaw, P. (1973) 'Emotional arousal and persuasion effects in flooding', *Behaviour Research and Therapy* 11: 587–98.

Mathews, A. M., Johnston, D. W., Lancashire, M., Munby, M., Shaw, P. M. and Gelder, M. G. (1976) 'Imaginal flooding and exposure to real phobic situations: treatment outcome with agoraphobic patients', *British Journal of Psychiatry* 129: 362–71.

Mathews, A. M., Gelder, M. G. and Johnson, D. W. (1981) *Agoraphobia: Nature and Treatment*, London: Tavistock.

Mattick, R. P. and Peters, L. (1988) 'Treatment of severe social phobia: effects of guided exposure with and without cognitive restructuring', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 251–60.

Melamed, B. G. (1977) 'Psychological preparation for hospitalisation', in S. Rachman (ed.) *Contributions to Medical Psychology I*, Oxford: Pergamon.

Michelson, L. K. and Marchione, K. (1991) 'Behavioral, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: a critique and synthesis', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 100–14.

Michelson, L., Mavissakalian, M. and Marchione, K. (1985) 'Cognitive and behavioral treatments of agoraphobia: clinical, behavioral and psychophysiological outcomes', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53: 913–25.

Miller, S. M. (1979) 'Controllability and human stress: method, evidence and theory', *Behaviour Research and Therapy* 17: 287–304.

Munby, M. and Johnston, D. W. (1980) 'Agoraphobia: the long-term follow-up of behavioural treatment', *British Journal of Psychiatry* 137: 418–27.

Muss, D. C. (1991) 'A new technique for treating post-traumatic stress disorder', *British Journal of Clinical Psychology* 30: 91–92.

O'Brien, G. T. (1981) 'Clinical treatment of specific phobias', in M. Mavissakalian and D. H. Barlow (eds) *Phobia, Psychological and Pharmacological Treatment*, New York: Guilford Press.

Ost, L. G. (1978) 'Behavioural treatment of thunder and lightning phobias', *Behaviour Research and Therapy* 16: 197–207.

Ost, L. G. (1987) 'Applied relaxation: description of a coping technique and a review of controlled studies', *Behaviour Research and Therapy* 25: 397–410.

Ost, L. G. (1989) 'One-session treatment for specific phobias', *Behaviour Research and Therapy* 27: 1–8.

Ost, L. G., Jerremalm, A. and Johansson, J. (1981) 'Individual response patterns and the effects of different behavioural methods in the treatment of social phobia', *Behaviour Research and Therapy* 19: 1–16.

Ost, L. G., Johansson, J. and Jerremalm, A. (1982) 'Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of claustrophobia', *Behaviour Research and Therapy* 20: 445–60.

Paul, G. L. (1966) *Insight v Desensitisation in Psychotherapy*, Stanford: Stanford University Press.

Petursson, H. and Lader, M. (1984) *Dependence on Tranquilisers*, Oxford: Oxford University Press.

Power, K. G., Simpson, R. J., Swanson, V. and Wallace, L. A. (1990) 'A controlled comparison of cognitive-behaviour therapy, diazepam and placebo alone and in combination for the treatment of generalised anxiety disorder', *Journal of Anxiety Disorders* 4: 267–92.

Rachman, S. (1989) 'The return of fear: review and prospects', *Clinical Psychology Review* 9: 147–68.

Rachman, S. and Hodgson, R. J. (1980) *Obsessions and Compulsions*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Ramm, E., Marks, I., Yuksel, S. and Stern, R. S. (1981) 'Anxiety management training for anxiety states: positive compared with negative self-statements', *British Journal of Psychiatry* 140: 367–73.

Rice, K. M. and Blanchard, E. B. (1982) 'Biofeedback in the treatment of anxiety disorders', *Clinical Psychology Review* 2: 557–77.

Salkovskis, P. M. and Warwick, H. M. C. (1986) 'Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioral approach to hypochondriasis', *Behaviour Research and Therapy* 24: 597–602.

Salkovskis, P. M., Clark, D. and Hackmann, A. (1991) 'Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining', *Behaviour Research and Therapy* 29: 161–6.

Sartory, G. and Olajide, D. (1988) 'Vagal innervation techniques in the treatment of panic disorder', *Behaviour Research and Therapy* 26: 431–4.

Shipley, R. H. and Bedouwyns, P. A. (1980) 'Flooding and implosive therapy: are they harmful?' *Behavior Therapy* 11: 503–8.

Solyom, L., McClure, D. J., Heseltine, G. F. D., Ledwidge, B. and Solyom, C. (1972) 'Variables in the aversion relief of phobics', *Behavior Therapy* 3: 21–8.

Stern, R. and Marks, I. (1973) 'Brief and prolonged flooding. A comparison in agoraphobic patients', *Archives of General Psychiatry* 28: 270–6.

Stopa, L. and Clark, D. M. (1993) 'Cognitive processes in social phobia', *Behaviour Research and Therapy* 31: 255–68.

Sue, D. (1972) 'The role of relaxation in systematic desensitisation', *Behaviour Research and Therapy* 10: 153–8.

Suinn, R. M. and Richardson, F. (1971) 'Anxiety management training: a non-specific behavior therapy program for anxiety control', *Behavior Therapy* 2: 498–511.

Taylor, I. (1984) 'Self exposure instructions by telephone with a severe agoraphobic: A case study', *Behavioural Psychotherapy* 12: 68–72.

Thompson, S. (1981) 'Will it hurt if I can control it A complex answer to a simple question', *Psychological Bulletin* 90: 89–101.

Tower, R. B. and Singer, J. L. (1981) 'The measurement of imagery: how can it be clinically useful?' in P. C. Kendall and S. D. Hollon (eds) *Assessment Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions*, New York: Academic Press.

Turner, S. M., McCanna, M. and Beidel, D. C. (1987) 'Validity of the social avoidance and distress and fear of negative evaluation scales', *Behaviour Research and Therapy* 25: 113–15.

Tyrer, P. J. (1984) 'Benzodiazepines on trial', *British Medical Journal* 288: 1101–2.

Wardle, J., Hayward, P., Higgitt, A., Stabl, M ., Blizard, R. and Gray, J. (1993) 'Effects of concurrent diazepam treatment on the outcome of exposure therapy in agoraphobia', *Behaviour Research and Therapy* (forthcoming).

Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford: Stanford University Press.

Wolpe, J. (1981) 'Reciprocal inhibition and therapeutic change', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 12: 185–8.

Woodward, R. and Jones, R. B. (1980) 'Cognitive restructuring treatment: a controlled trial with anxious patients', *Behaviour Research and Therapy* 18: 401–7.

Yule, W. and Fernando, P. (1980) 'Blood phobia – beware', *Behaviour Research and Therapy* 18: 587–90.

Yulis, S., Brahm, G., Charnes, G ., Jacard, L. M. Picota, E. and Rutman, F. (1975) 'The extinction of phobic behaviour as function of attention shifts', *Behaviour Research and Therapy* 13: 173–6.

Zitrin, C. M. (1981) 'Combined pharmacological and psychological treatment of phobias', in M. Mavissakalian and D. H. Barlow (eds) *Phobia, Psychological and Pharmacological Treatment*, New York: Guilford Press.